Aus dem Städtischen Krankenhaus Berlin-Britz
– Dermatologische Abteilung –
Direktor: Prof. Dr. med. Heinrich Teller

Die Entwicklung des klinischen Krankengutes der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz seit 1945

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Martina Corte, geb. Glaaß
aus Friedeck/Mähren

1976

Aus dem Städtischen Krankenhaus Berlin-Britz
– Dermatologische Abteilung –
Direktor: Prof. Dr. med. Heinrich Teller

Die Entwicklung des klinischen Krankengutes der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz seit 1945

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Martina Corte, geb. Glaaß
aus Friedeck/Mähren

Referent: Professor Dr. H. Teller

Korreferent: Professor Dr. W. Thies

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 7. Dezember 1976

Thema: Die Entwicklung des klinischen Krankengutes der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz seit 1945

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Einleitung		5
I.	Material und Methodik	7
II.	Tabellarische Auswertung des Krankengutes	8
III.	Diskussion der Ergebnisse der Auswertung	22
A.	Die Entwicklung bei den dermatologischen Erkrankungen	22
1.	Periphere arterielle und venöse Beinleiden	22
2.	Ekzem und allergische Erkrankungen	25
(a)	Ekzemgruppe	25
1.	Mikrobielles Ekzem	26
2.	Allergisches Ekzem	27
(b)	Allergische Erkrankungen	29
1.	Arzneimittelexanthem	29
2.	Urticaria	29
3.	Psoriasis	30
4.	Viruserkrankungen	31
(a)	Condylomata acuminata	32
(b)	Verrucae vulgares	32
(c)	Mollusca contagiosa	33
(d)	Herpes zoster	34
5.	Pyodermische Hauterkrankungen	34
6.	Hauttuberkulose	35
7.	Pilzinfektionen	35
8.	Scabies	37

Seite

9. Maligne Tumoren der Haut 39

(a) Melanom 39

(b) Basaliom und Spinaliom 41

10. Die dermato-chirurgische Arbeit 43

11. Übrige Erkrankungen 44

B. Die Entwicklung bei den venerologischen Erkrankungen 45

1. Allgemeines 45

2. Syphilis 46

3. Gonorrhoe 47

4. Die Situation der Geschlechtskrankheiten in Westberlin 47

IV. Zusammenfassung 52

Tabellenverzeichnis 53

Verzeichnis der Abbildungen 54

Literaturverzeichnis 55

E I N L E I T U N G

Es ist eine vielbesprochene Tatsache, daß das klinisch-dermatologische Krankengut seit 1945 und insbesondere in den letzten 25 Jahren eine Veränderung erfahren hat. In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg bildeten die venerologischen Erkrankungen den absoluten Schwerpunkt für die dermatologischen Kliniken und Praxen. Ihr starker Rückgang ist neben intensiven ärztlich fürsorgerischen Bekämpfungsmaßnahmen auf die modernen Antibiotika und vor allem den Einsatz von Penicillin zurückzuführen.

Auch bei der Hauttuberkulose konnte durch die Chemotherapie relativ schnell und einfach eine stärkere zahlenmäßige Abnahme der Erkrankung erzielt werden.

Demgegenüber ist eine Zunahme der Dermatomykosen weltweit zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig, es seien nur die infektionsförderlichen, auf einer Kollektivierung unserer Gesellschaft beruhenden veränderten Bade- und Sportgewohnheiten, langfristige Antibiotika-Anwendung und auch kunstfaserhaltige Kleidungsstücke erwähnt.

Der Anstieg der Zahl der allergischen Erkrankungen wird u.a. auf die zunehmende Industrialisierung mit vermehrten Möglichkeiten zum Kontakt mit sensibilisierenden beruflichen Werkstoffen sowie auf die breite Anwendung allergisierender Chemikalien im Haushalt und in der Kosmetik zurückgeführt. Hinzu kommt eine verbesserte allergologische Diagnostik, die die Einordnung bisher ätiologisch unklarer Erkrankungen unter die Hautallergien ermöglicht.

Diese kurzen summarischen Vorbemerkungen sollen im folgenden auf ihre Aussageberechtigung an der Entwicklung des klinisch stationären Krankengutes der Britzer Hautklinik in den Nachkriegsjahren überprüft werden. Es ist dabei von vornherein klar, daß die spezielle Ausrichtung einer Klinik bezüglich

der Vielschichtigkeit des Krankengutes Abweichungen von vergleichbaren Statistiken und Kliniken mit sich bringt, auf die im einzelnen einzugehen sein wird.

I. Material und Methodik

Für die folgenden Untersuchungen wurden die Durchgangszahlen für haut- und geschlechtskranke Männer, Frauen und Kinder von 1945 bis 1973 den statistischen Unterlagen der Krankenhausverwaltung entnommen. Für die detaillierte Auswertung, die auf den Aussagen der Diagnosenbücher der Klinik beruht, wurden zwei Berichtszeiträume gebildet.

Der erste Berichtszeitraum umfaßt die Jahre 1951 bis 1953, der zweite die Jahre 1971 bis 1973. Diese Einengung schien uns bei der nach unserem Ermessen ausreichenden Repräsentanz eines 3-Jahreszeitraumes vertretbar. Ein dritter Vergleichszeitraum für die Jahre 1945 bis 1947 ließ sich mangels ausreichender Unterlagen nicht mehr aufschlüsseln.

Um die vom jeweiligen Krankengut abhängige Entwicklung der operativen Tätigkeit der Klinik und die Arbeitsbedingungen ihres Allergielabors zu verdeutlichen, haben wir einen ersten Berichtszeitraum für die Jahre 1961 bis 1963 und einen zweiten für die Jahre 1971 bis 1973 aufgrund der Operationsbücher und der Kartei des Allergielabors ausgewertet. Der erste diesbezügliche Berichtsabschnitt mußte in die Jahre 1961 bis 1963 gelegt werden, weil erst von diesem Zeitpunkt an zuverlässige Statistiken vorliegen.

Die statistischen Erhebungen wurden dann in ihren Ergebnissen mit den Angaben des Schrifttums verglichen bzw. für die speziellen Verhältnisse der Klinik interpretiert.

II. Tabellarische Auswertung des Krankengutes

Tabelle 1: Dermatologische und venerologische Erkrankungsfälle von 1945 bis 1973 in der Britzer Hautklinik

- Hauterkrankungen -

Jahr	Gesamtpatienten-zahl	Männer	%	Frauen	%	Kinder	%
1945	1078	277	25,7	226	21,0	109	10,1
1946	3102	236	7,6	196	6,3	216	7,0
1947	2313	260	11,2	230	9,9	172	7,4
1948	2291	351	15,3	318	13,9	319	13,9
1949	2110	376	17,8	333	15,8	154	7,3
1950	1635	378	23,1	395	24,2	145	8,9
1951	1298	365	28,1	508	39,1	114	8,8
1952	1191	419	35,2	475	39,9	46	3,9
1953	1203	472	39,2	503	41,8	126	10,5
1954	1240	466	37,6	562	45,3	114	9,2
1955	1118	405	36,2	496	44,4	111	9,9
1956	1093	379	34,7	569	52,1	95	8,7
1957	1379	747	54,2	453	32,9	156	11,3
1958	1282	589	45,9	528	41,2	136	10,6
1959	1288	560	43,5	554	43,0	142	11,0
1960	1282	555	43,3	575	44,9	130	10,1
1961	1283	528	41,1	567	44,2	166	12,9
1962	1264	519	41,1	580	45,9	152	12,0
1963	1324	509	38,4	628	47,4	165	12,5
1964	1386	603	43,5	633	45,7	142	10,3
1965	1288	475	36,9	653	50,7	149	11,6
1966	1398	560	40,1	658	47,1	164	11,7
1967	1609	646	40,2	772	48,0	174	10,8
1968	1711	644	37,6	852	49,8	198	11,6
1969	1603	646	40,3	765	47,7	182	11,4
1970	1763	649	36,8	897	50,9	191	10,8
1971	1755	699	39,8	821	46,8	205	11,7
1972	1803	772	42,8	808	44,8	209	11,6
1973	1982	842	42,5	886	44,7	226	11,4
gesamt	45072	14927		16441		4608	

- Venerologische Erkrankungsfälle -

Jahr	Gesamtpatienten-zahl	Männer	%	Frauen	%	Kinder	%
1945		41	3,8	376	34,3	49	4,5
1946		525	16,9	1774	57,2	155	5,0
1947		528	22,8	1084	46,9	39	1,7
1948		475	20,7	731	31,9	97	4,2
1949		450	21,3	654	31,0	143	6,8
1950		227	13,9	381	23,3	109	6,6
1951		72	5,6	198	15,2	41	3,2
1952		52	4,4	143	12,0	56	4,6
1953		20	1,7	52	4,3	30	2,5
1954		26	2,1	55	4,4	17	1,4
1955		30	2,7	59	5,3	17	1,5
1956		16	1,5	20	1,8	14	1,2
1957		9	0,6	5	0,4	9	0,6
1958		12	0,9	12	0,9	5	0,5
1959		17	1,3	12	0,9	3	0,3
1960		12	0,9	7	0,6	3	0,2
1961		14	1,1	6	0,5	2	0,2
1962		7	0,6	5	0,4	1	-
1963		13	1,0	6	0,5	3	0,2
1964		7	0,5	1	-	-	-
1965		11	0,8	-	-	-	-
1966		11	0,8	4	0,3	1	0,1
1967		8	0,5	7	0,4	2	0,1
1968		9	0,5	3	0,2	5	0,3
1969		3	0,2	7	0,4	-	-
1970		18	1,0	8	0,5	-	-
1971		23	1,3	6	0,3	1	0,1
1972		10	0,6	4	0,2	-	-
1973		23	1,2	5	0,2	-	-
gesamt		2669		5625		802	

Erläuterung zu Tabelle 1:

Die Tabelle bringt die Anzahl dermatologischer und venerologischer Erkrankungsfälle bei Männern, Frauen und Kinder ab 1945 in absoluten Zahlen. Die Gesamtpatientenzahl jedes Jahres wird dabei gleich 100 % gesetzt.

Der Gesamtdurchgang in diesem Zeitraum betrug 45.072 Patienten, davon 17.596 Männer, 22.066 Frauen und 5.410 Kinder.

Wir sehen, daß bis 1950 der prozentuale Anteil der Geschlechtskrankheiten überwiegt. Dabei sind die Frauen absolut in der Mehrzahl, insbesondere in den Jahren 1946 bis 1948. Um diesen starken venerischen Zugang aufzufangen, wurden in diesem Zeitraum die dermatologischen Betten von 115 auf 223 erhöht. Die hohe Belegung mit Geschlechtskranken erbrachte der Abteilung in den Jahren 1946 bis 1949 einen später in der Höhe nie mehr erreichten Gesamtdurchgang.

Besonders hervorgehoben sei auch der Anteil venerisch erkrankter Kinder in den Jahren 1945 bis 1950. Er nahm bis Mitte der fünfziger Jahre ständig ab und wurde danach ganz gering.
Bei den Männern kam es nach einem Rückgang venerischer Fälle bis 1960 wieder zu einer leichten Zunahme der Fälle ab 1970.

Seit 1950 überwiegen im Gesamtkrankengut die dermatologischen Krankheitsfälle. Auch bei diesen ist die Anzahl der Frauen in der Mehrzahl.

Die Zahl von 13,9 % hautkranker Kinder im Jahre 1948 ist auf eine Mikrosporie-Epidemie zurückzuführen. Seit ungefähr 1957 ist der Anteil der hautkranken Kinder mit ca. 11 % fast gleichbleibend. Seit dieser Zeit verfügte die Klink über eine neu ausgebaute Kinderstation.

1966 wurde die Bettenkapazität der Abteilung durch die Übernahme eines neuen Bettenhauses auf 156 Betten erweitert. Dem entspricht ein Anstieg der Belegung von diesem Zeitpunkt an, was die Tabellenwerte zeigen.

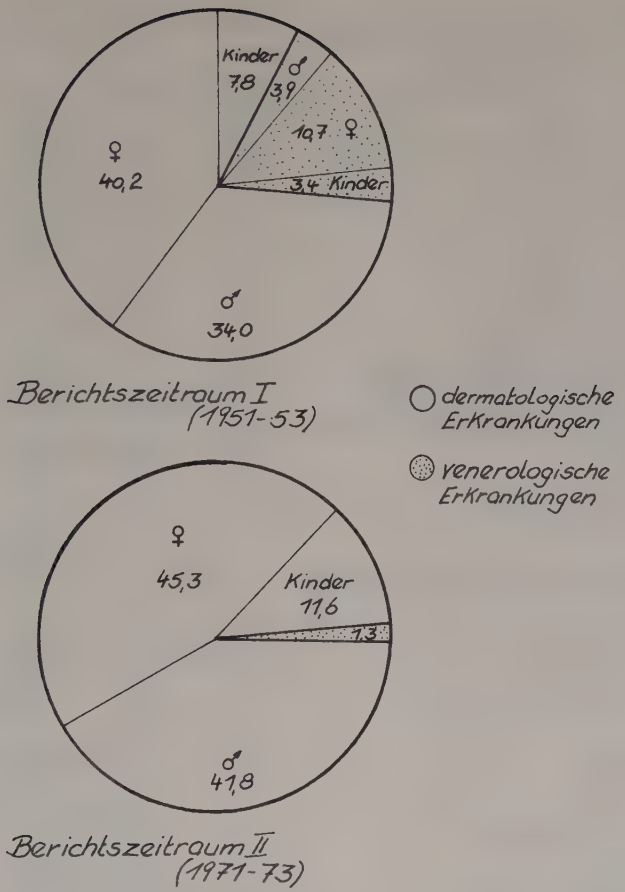


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der dermatologischen und venerologischen Erkrankungsfälle der Britzer Hautklinik bei Männern, Frauen und Kinder in den untersuchten Berichtszeiträumen

Erläuterung zu Abbildung 1:

Abb.1 soll noch einmal die vorbesprochenen tabellarischen Ergebnisse (vgl. Tab.1) bezüglich der prozentualen Häufigkeit dermatologischer und venerologischer Erkrankungsfälle bei Männern, Frauen und Kindern in den beiden Berichtszeiträumen mittels einer graphischen Darstellung verdeutlichen.

Tabelle 2: Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen

- Männer -

	1951 bis 1953 Zahl d. Fälle	%	1971 bis 1973 Zahl d. Fälle	%
Venöse Beinleiden				
Ulcus cruris	100	7,3	297	11,4
Stauungsekzem	35	2,6	58	2,2
oberflächliche Thrombophlebitis	12	0,9	59	2,3
Phlebothrombose	1	0,1	31	1,2
periphere arterielle Durchblutungsstörungen der Beine	20	1,4	293	11,2
Ekzem, allergische Erkrankungen				
Ekzemgruppe	518	37,9	339	12,9
Urticaria	9	0,7	96	3,7
Arzneiexanthem	5	0,4	49	1,9
Vasculitis	-	-	12	0,5
Blasenbildende Hauterkrankungen				
Pemphigus	3	0,2	4	0,2
Pemphigoid	-	-	2	0,1
M. Duhring	2	0,2	5	0,2
Erythema exsud.multif.	4	0,3	10	0,4
Psoriasis	82	6,0	197	7,5
Lichen ruber	2	0,2	4	0,2
Viruserkrankungen				
Zoster	3	0,2	58	2,2
Condylomata acuminata	3	0,2	131	5,0
Verrucae vulgares	1	0,1	36	1,4
Pyodermische Hauterkrankungen				
Impetigo, Follikulitis	14	1,0	24	0,9
Furunkel, Karbunkel	69	5,0	55	2,1
Ekthyma	1	0,1	8	0,3
Erysipel	12	0,9	68	2,6
Abszesse, Phlegmonen	19	1,4	35	1,3
Unguis incarnatus	1	0,1	22	0,8
Hidradenitis	2	0,2	3	0,1

Forts.Tab.2

	1951 bis 1953 Zahl d. Fälle	%	1971 bis 1973 Zahl d. Fälle	%
Tuberculosis cutis				
Lupus vulgaris	8	0,6	3	0,1
Colliquative Tb.	-	-	-	-
Verrucöse Tb.	2	0,2	-	-
Pilzinfektionen				
Dermatomykose	21	1,5	47	1,8
Onychomykose	6	0,4	34	1,3
Haarpilzerkrankungen				
Trichophytie	2	0,2	1	-
Mikrosporie	-	-	-	-
Favus	-	-	-	-
Soormykose	-	-	23	0,9
Dermatozoonosen				
Scabies	4	0,3	29	1,1
Pediculosis	2	0,2	4	0,2
Maligne Tumoren der Haut				
Basaliom	2	0,2	24	0,9
Spinaliom	4	0,3	5	0,2
Melanom	1	0,1	31	1,2
Praecancerosen				
M. Bowen	1	0,1	4	0,2
Lentigo maligna	-	-	3	0,1
Maligne Retikulosen	1	0,1	3	0,1
Mykosis fungoides	3	0,2	10	0,4
Stoffwechselerkrankungen				
Xanthomatose	-	-	8	0,3
Porphyria cut.tarda	-	-	8	0,3
Kollagenosen				
Lupus erythematodes	1	0,1	6	0,2
Dermatomyositis	-	-	-	-
Sklerodermie	-	-	5	0,5
Venerische Erkrankungen				
Gonorrhoe	21	1,5	15	0,6
Syphilis	123	9,0	41	1,7
Phimosen	31	2,2	161	6,2
Sonstige Erkrankungen	214	15,6	246	9,4
Summe	1365	100	2605	100

Tabelle 3: Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen

- Frauen -

	1951 bis 1953 Zahl d. Fälle	%	1971 bis 1973 Zahl d. Fälle	%
Venöse Beinleiden				
Ulcus cruris	262	15,2	442	19,4
Stauungsekzem	95	5,5	77	3,4
oberflächliche Thrombophlebitis	41	2,4	90	4,0
Phlebothrombose	2	0,1	33	1,4
periphere arterielle Durchblutungsstörungen der Beine	10	0,6	143	6,3
Ekzem, allergische Erkrankungen				
Ekzemgruppe	402	23,4	219	9,6
Urticaria	12	0,7	105	4,6
Arzneiexanthem	5	0,3	70	3,1
Vasculitis	2	0,1	24	1,1
Blasenbildende Hauterkrankungen				
Pemphigus	8	0,5	6	0,3
Pemphigoid	3	0,2	3	0,1
M. Duhring	6	0,3	3	0,1
Erythema exsud.multif.	6	0,3	8	0,3
Psoriasis	50	2,9	166	7,3
Lichen ruber	7	0,4	10	0,4
Viruserkrankungen				
Zoster	17	1,0	90	4,0
Condylomata acuminata	6	0,3	45	2,0
Verrucae vulgares	4	0,2	20	0,9
Pyodermische Hauterkrankungen				
Impetigo, Follikulitis	8	0,5	17	0,7
Furunkel, Karbunkel	21	1,2	20	0,9
Ekthyma	-	-	-	-
Erysipel	37	2,1	112	4,9
Abszesse, Phlegmonen	18	1,1	18	0,8
Unguis incarnatus	1	0,1	19	0,8
Hidradenitis	3	0,2	2	0,1

Forts.Tab.3

	1951 bis 1953 Zahl d. Fälle	%	1971 bis 1973 Zahl d. Fälle	%
Tuberculosis cutis				
Lupus vulgaris	13	0,8	3	0,1
Colliquative Tb.	9	0,5	2	0,1
Verrucöse Tb.	-	-	-	-
Erythema indurativum	9	0,5	-	-
Pilzinfektionen				
Dermatomykose	24	1,4	35	1,5
Onychomykose	29	1,7	40	1,8
Haarpilzerkrankungen				
Trichophytie	2	0,1	1	0,1
Mikrosporie	1	0,1	-	-
Favus	-	-	-	-
Soormykose	2	0,1	13	0,6
Dermatozoonosen				
Scabies	3	0,2	5	0,2
Pediculosis	1	0,1	3	0,1
Maligne Tumoren der Haut				
Basaliom	1	0,1	37	1,6
Spinaliom	1	0,1	15	0,7
Melanom	-	-	46	2,0
Praecancerosen				
M. Bowen	-	-	12	0,5
Lentigo maligna	-	-	7	0,3
Maligne Retikulosen	-	-	1	0,1
Mykosis fungoides	4	0,2	4	0,2
Stoffwechselerkrankungen				
Xanthomatose	-	-	-	-
Porphyria cut.tarda	-	-	2	0,1
Kollagenosen				
Lupus erythematodes	3	0,2	7	0,3
Dermatomyositis	-	-	7	0,3
Sklerodermie	1	0,1	4	0,2
Venerische Erkrankungen				
Gonorrhoe	116	6,7	1	0,1
Syphilis	277	16,0	14	0,6
Sonstige Erkrankungen	200	11,5	273	12,0
Summe	1722	100	2274	100

Erläuterungen zu Tabellen 2 und 3:

Hier wird das Krankengut in den gewählten zwei Berichtszeiträumen nach Erkrankungsgruppen aufgeschlüsselt. Im einzelnen erwähnt sind dabei vornehmlich die häufigen, zahlenmäßig ins Gewicht fallenden Haut- und Geschlechtskrankheiten, auch solche, die in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung eine Abnahme erfahren haben, sowie seltenere wie auch häufigere Erkrankungsgruppen, die durch die moderne nosologische Forschung bekannt geworden sind.

Es fanden dabei Berücksichtigung

	1951-1953	1971-1973
Erkrankungsfälle bei Männern	1.365	2.605
Erkrankungsfälle bei Frauen	1.722	2.274

Diese Gesamtzahlen wurden bei der prozentualen Aufschlüsselung gleich 100 % zugrunde gelegt. Keine Erwähnung finden in der folgenden Erläuterung zur Tabelle die in der Tabelle speziell mit Diagnose angesprochenen Erkrankungsgruppen mit einer Häufigkeit von weniger als 1 %.

Zunächst wird der erste Berichtszeitraum erläutert:
In den Jahren 1951 bis 1953 überwiegen die Ekzemerkrankungen bei den Männern und Frauen, bei den Männern mit 37,9 %, bei den Frauen mit 23,4 %. Es folgen zahlenmäßig die venerischen Erkrankungen, bei Männern mit ca. 10 %, bei Frauen mit mehr als 20 %. Die pyodermischen Hauterkrankungen traten bei Männern in 8,7 %, bei Frauen in 5,2 % der Fälle auf.
Periphere arterielle Durchblutungsstörungen der Beine sahen wir bei Männern und Frauen in 1 % der Fälle. Pilzinfektionen machten ca. 2 % bei Männern und 3,4 % bei Frauen aus.

Im zweiten Berichtszeitraum von 1971 bis 1973 veränderte sich das zahlenmäßige Verhältnis der Erkrankungsgruppen wie folgt:

An exponierter Stelle sind jetzt die venösen Beinleiden bei Frauen und Männern zu nennen (bei Frauen mit 28,2 %, bei Männern mit 17,1 %). Gegenüber dem Berichtszeitraum I bedeutet dies eine eindrucksvolle Zunahme derartiger Erkrankungen im Belegungsangebot, die auch bei den

peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine zu beobachten ist. Periphere arterielle Durchblutungsstörungen gibt es jetzt bei Männern in 11,1 % der Fälle, bei Frauen in 6,3 %.

Ekzemerkrankungen sind bei den Männern mit 12,9 %, bei den Frauen mit 9,6 % der Fälle vertreten. Gegenüber dem ersten Berichtszeitraum ist ein erheblicher Rückgang dieser Erkrankungsgruppe zu verzeichnen.

Viruserkrankungen, die bei den Männern im ersten Berichtszeitraum mit weniger als 1 % vertreten waren, kamen nun mit 8,6 % vor. Bei Frauen nahmen sie etwas weniger zu, nämlich von 1,5 % auf 6,9 %.

Bei den malignen Tumoren der Haut stieg der Prozentsatz bei den Männern von 0,6 % auf 2,3 % an, bei den Frauen erheblich mehr, und zwar von 0,2 % auf 4,3 %.

Die Anzahl pyodermischer Erkrankungen ist bei den Männern mit ca. 8 % gleich geblieben, bei den Frauen ist ein Anstieg von 5 % auf 8 % insgesamt zu beobachten.

Die allergischen Erkrankungen vermehrten sich bei Frauen von 1,1 % auf 8,8 %, bei den Männern von 1,1 % auf 6,1 %.

Zum eindrucksvollsten Rückgang kam es bei den venerischen Erkrankungen bei Männern auf 2,3 %, bei Frauen auf 0,7 %.

Auch die Anzahl der Hauttuberkulosefälle ist rückläufig.

Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Erkrankungsgruppen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik bei Männern und Frauen

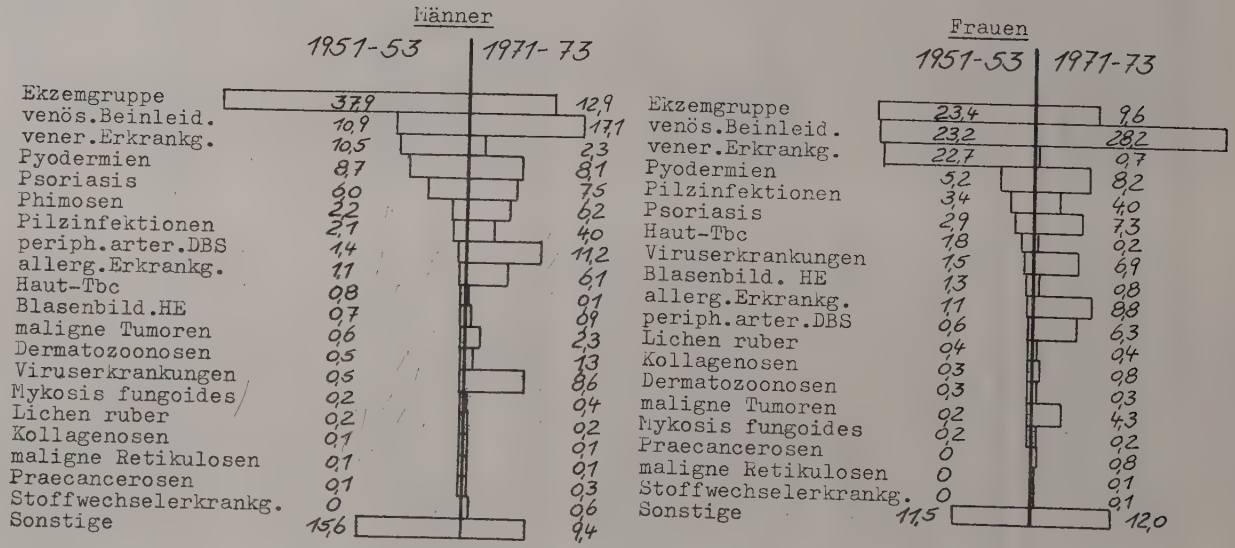


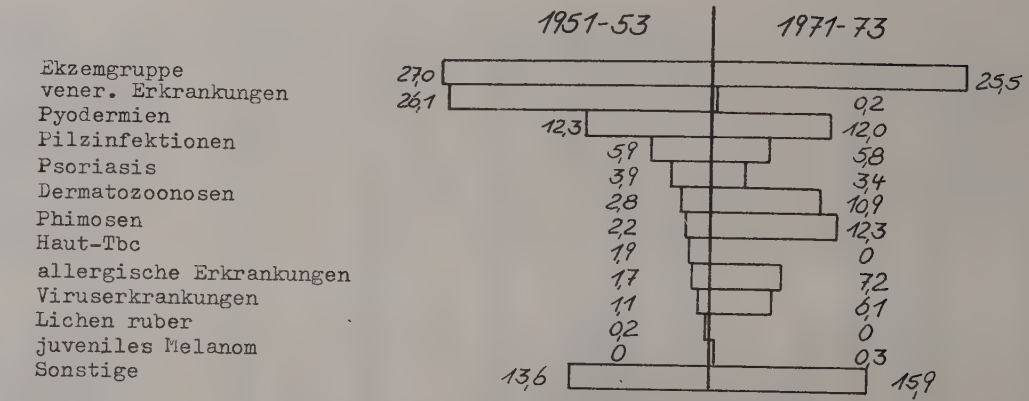
Abbildung 2 wurde in der gleichen Absicht wie Abbildung 1 erstellt, um in graphischer Darstellung die tabellarische Aufschlüsselung der prozentualen Häufigkeit der einzelnen Erkrankungsgruppen bei Männern und Frauen zu verdeutlichen.

Tabelle 4: Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen

- Kinder -

	1951 bis 1953 Zahl d. Fälle	%	1971 bis 1973 Zahl d. Fälle	%
Ekzem, allergische Erkrankungen				
Ekzemgruppe	125	27,0	174	25,5
Urticaria	6	1,3	33	4,8
Arzneiexanthem	2	0,4	14	2,1
Vasculitis	-	-	2	0,3
Erythema exsud. multiforme	-	-	3	0,4
Psoriasis	18	3,9	23	3,4
Lichen ruber	1	0,2	-	-
Viruserkrankungen				
Condylomata acuminata	-	-	3	0,4
Verrucae vulgares	4	0,9	21	3,1
Mollusca contagiosa	1	0,2	18	2,6
Pyodermische Hauterkrankungen				
Impetigo, Folliculitis	36	7,8	42	6,2
Furunkel, Karbunkel	13	2,8	19	2,8
Ekthyma	1	0,2	-	-
Erysipel	2	0,4	1	0,2
Abszesse, Phlegmonen	5	1,1	7	1,0
Unguis incarnatus	-	-	12	1,8
Tuberculosis cutis				
Lupus vulgaris	9	1,9	-	-
Pilzinfektionen				
Dermatomykose	2	0,4	8	1,2
Onychomykose	-	-	1	0,2
Haarpilzerkrankungen				
Trichophytie	3	0,7	2	0,3
Mikrosporie	22	4,8	-	-
Favus	-	-	3	0,4
Soormykose	-	-	25	3,7
Dermatozoonosen				
Scabies	11	2,4	73	10,7
Pediculosis	2	0,4	1	0,2
Juveniles Melanom	-	-	2	0,3
Venerische Erkrankungen				
Gonorrhoe	-	-	1	0,2
Syphilis	121	26,1	-	-
Phimosen	10	2,2	86	12,3
Sonstige Erkrankungen	63	13,6	109	15,9
Summe	463	100	683	100

Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Erkrankungsgruppen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik bei Kindern



Erläuterung zu Tabelle 4 und Abbildung 3:

In dieser Tabelle werden die Haut- und Geschlechtskrankheiten bei den Kindern nach den gleichen Gesichtspunkten wie bei den Erwachsenen aufgeschlüsselt.

Bei der Auszählung ergaben sich für die beiden Berichtszeiträume folgende Zahlen an Erkrankungsfällen:

	I (1951-53)	II (1971-73)
Kinder	463	683

Die Ekzemerkrankungen lagen in beiden Berichtszeiträumen mit ca. 25 % an der Spitze.
In der Häufigkeitsskala folgte dann 1951-53 die Syphilis, die 1971-73 überhaupt nicht zur Aufnahme kam.
An dritter Stelle stehen die pyodermischen Hauterkrankungen mit 12 % in beiden Zeiträumen.
Auch die Hautpilzerkrankungen und die Psoriasis traten in beiden Zeiträumen in gleicher Anzahl (ca. 6 % bzw. ca. 3,6 %) auf.

Die Dermatozoonosen nahmen von 2,8 % im Berichtszeitraum I auf 10,9 % im Berichtszeitraum II zu.
Bei Phimosefällen ist ein Anstieg von 2,2 % auf 12,3 % zu verzeichnen.
Hauttuberkulose kam 1951-53 in 1,9 % zur Aufnahme, 1971-73 wurde kein Fall beobachtet.
Die allergischen Erkrankungen der Haut vermehrten sich in der Anzahl von 1,7 % auf 7,2 %.
Bei den Viruserkrankungen der Haut kam es zum Ansteigen von 1,1 % auf 6,1 %.

III. Diskussion

der Ergebnisse der Auswertung des Krankengutes

A. Die Entwicklung bei den dermatologischen Erkrankungen

1. Periphere arterielle und venöse Beinleiden

Diese beiden Erkrankungsgruppen machen in unserem Krankengut im Berichtszeitraum II den höchsten Prozentsatz aus (siehe Abb.4). Zum Grundsätzlichen sei hierbei betont, daß bei Vorliegen einer venösen und gleichzeitig arteriellen Durchblutungsstörung bei einem Patienten dieser Erkrankungsfall sowohl bei der Gruppe der venösen als auch der arteriellen Durchblutungsstörungen gezählt wurde. Auch bei gleichzeitigem Vorkommen

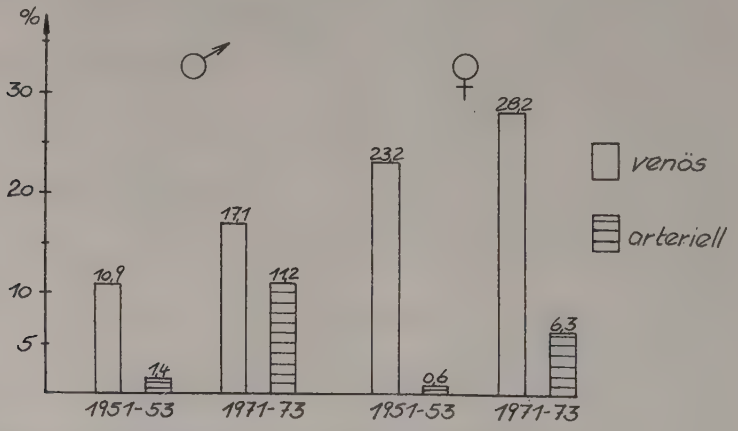


Abbildung 4: Prozentualer Anteil der venösen und arteriellen Beinleiden in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Gesamtpatientenzahl in der Britzer Hautklinik

verschiedener Symptome venöser Beinleiden wurden diese für die jeweilige Rubrik gezählt.

Unsere Klinik hat sich im Laufe der Jahre angiologisch sowohl auf die venösen Beinleiden als auch auf die peripheren arteriel-

len Durchblutungsstörungen der Beine spezialisiert und ist als diesbezügliches Diagnostik- und Behandlungszentrum in Berlin bekannt geworden. Dies erklärt uns bis zu einem gewissen Grade die eindrucksvolle Zunahme eingewiesener Erkrankungsfälle im zweiten Berichtszeitraum.

In den fünfziger Jahren existierten für Deutschland keine statistischen Erhebungen über die Anzahl der Beinleiden. In Schweden lag diese Erkrankungsgruppe damals vor der Tuberkulose, vor Rheumatismus und Diabetes mellitus. In England zählte man zu dieser Zeit 5 Millionen Beinleiden (KRIEG).

HURIEZ und ALLART beobachteten ein Ansteigen der arteriellen Ulcera der unteren Extremitäten innerhalb von 25 Jahren von 2 % auf 25 %. STORCK und Mitarbeiter sahen in 20 Jahren eine Zunahme arterieller Zirkulationsstörungen um 612,5 %.

DUMITRIU und Mitarbeiter untersuchten bei 300 Ulcuspatienten die Ätiologie. 87 % waren angiologischen Ursprungs, davon 64,6 % venös, 19,6 % arteriell und 2,7 % betrafen eine Schädigung der kleinen Gefäße.
Die 13 % nichtvasculären Ulcera entstanden durch physikalische und chemische Einflüsse, waren posttraumatisch, infektiös oder durch neurologische Leiden bedingt.

KRIEG fand eine ähnliche Verteilung bei den Beinleiden; nach ihm beruhen 90 % auf Zirkulationsstörungen, die sich aufgliedern in 70 % venöse, 10 % arterielle und 15 % gemischte. Der Rest war lymphatischer Genese.

FEUERSTEIN hatte Anfang der siebziger Jahre unter 3000 Praxis-Patienten in 18,1 % der Fälle Gefäßerkrankungen, die damit an zweiter Stelle nach dem Ekzem placierten.

Der Grund für den zahlenmäßig beobachteten Anstieg der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine liegt u.E. nicht zuletzt in einer umfassenderen Aufklärung der frei praktizierenden Ärzteschaft bezüglich Klinik, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten dieser Erkrankungen. Die freie Praxis weist dieses Krankengut heute vermehrt und frühzeitiger der Klinik ein.

Eine weitere Ursache für das Ansteigen der Beinleiden, die auch als Zivilisations- und Abnutzungserkrankungen gelten, ist speziell in West-Berlin die Alterszunahme der Bevölkerung. Ende des Jahres 1972 waren 42 % der Westberliner über 50 Jahre alt. Hinzu kommt, daß diese älteren Patienten zu einem Großteil alleinstehend sind, dadurch keine ausreichende Hauspflege finden und deshalb vermehrt zur klinischen Behandlung eingewiesen werden.

Trotz des Fehlens beweiskräftiger Statistiken nimmt KRIEG bei 10 bis 15 % der deutschen Bevölkerung Beinleiden an. 20 % der Erkrankten werden wiederholt und langfristig dadurch arbeitsunfähig.

Im Ursachenkomplex speziell der venösen Beinleiden spielen Disposition, Vererbung sowie Zivilisationsschäden die beherrschende Rolle.

Gerade Zivilisationsschäden treffen in unserer Zeit in vermehrtem Umfang den disponierten Menschen und tragen so zur Zunahme venöser Beinleiden bei.
Langes Stehen, sitzende Beschäftigung in beruflicher Tätigkeit, zum Beispiel am Fließband, und mangelnde Ausgleichsbewegung begünstigen die Blutstromverlangsamung im venösen Niederdrucksystem, die als Bedingung zur Entstehung venöser Dysregulation gilt.

Unzweckmäßiges Schuhwerk, harte Böden und Bewegungsarmut durch die modernen Verkehrsmittel tragen ebenso dazu bei.
Nikotinabusus, überreichliche Fettzufuhr, Diabetes mellitus und Übergewicht sind wichtige Wegbereiter arterieller Verschlußkrankheiten.

Kurz möchten wir noch auf die Erkrankungsverteilung zwischen Männern und Frauen eingehen, die bei den venösen Beinleiden eine vermehrte Anzahl beim weiblichen Geschlecht zeigt.

In beiden Berichtszeiträumen überwiegen bei den venösen Beinleiden die weiblichen Erkrankungsfälle. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich sowohl an der höheren Lebenserwartung der Frauen, vor allem aber in der bekannten Einflußnahme der

Schwangerschaft auf Entstehung und Komplikation von Venenerkrankungen.
ČEPALÁK und Mitarbeiter geben in der Klattauer Studie Ergebnisse einer Befragung von 2446 Probanden in der Tschechoslowakei bekannt, wonach 74 % der Probanden die Frage nach Krampfadern positiv beantworteten. Davon wiederum waren 27,7 % Frauen und nur 17,1 % Männer.

2. Ekzem und allergische Erkrankungen

(a) Ekzemgruppe

Das Ekzem stellt das größte Patientengut der dermatologischen Praxis dar.
FEUERSTEIN findet in einem 3000 Patienten umfassenden Krankengut in der Praxis 22,13 % Ekzematiker.
NOSKO hat in seiner Praxis in einem fünfjährigen Zeitraum 31,7 % bis 35,3 % Ekzemkranke.
HOMORICEANU und GRIGORIU stellten in mehreren Städten in Rumänien Untersuchungen über die Häufigkeit bestimmter Hauterkrankungen an und fanden 39,8 % Ekzeme.

Im eigenen Krankengut der Britzer Klinik hat die Zahl der Ekzematiker im Berichtszeitraum abgenommen. Wir zogen aus der Ekzemgruppe das mikrobielle und das allergische Kontakekzem gesondert heraus.
Die Erklärung für den Rückgang der Ekzeme in der Klinik ist darin zu suchen, daß die aktuelle Ekzembehandlung mit Corticoidexterna der Praxis die Möglichkeit bietet, selbst ausgedehnte Erkrankungsfälle relativ schnell und einfach in den Griff zu bekommen.
Heute kommen deshalb meist nur rezidivfreudige und schwere akute Ekzeme zur stationären Einweisung, zu deren ätiologischer Abklärung der umfangreiche diagnostische Apparat der Klinik erforderlich ist.
Die gleichbleibende Zahl der klinisch behandelten Ekzeme bei Kindern (ca. 25 % in beiden Berichtszeiträumen) hat u.E. ver-

schiedene Gründe.
1) Meist sind diese Ekzemkinder ausgedehnt befallen und damit in den Augen der Eltern und der behandelnden Ärzte von vornherein für die Klinik bestimmt.
2) Die Corticoidtherapie der kindlichen Ekzeme, insbesondere bei größerer Ausdehnung, steht unter der Gefahr der Systemwirkung bei externer Großflächenbehandlung. Parenterale Corticoidanwendungen sind über längere Dauer beim Kind im Wachstumsalter nicht indiziert.
Beide Faktoren lassen die Praxis den Behandlungsfall leichter an die Klinik abgeben.
3) Eine nicht unwesentliche Rolle an der hohen Anzahl der stationär eingewiesenen Ekzemkinder spielt ganz sicher die Tatsache, daß die Klinik seit 1969 als einzige Berliner Hautklinik eine Kinderabteilung besitzt.

Die nachfolgende Tabelle führt für die beiden Berichtszeiträume aus der Gesamtzahl der Ekzeme bei Männern und Frauen die mikrobiellen und allergischen Kontaktekzeme auf.

	1951-53	1971-73
	(Zahl der Erkrankungsfälle)	
Männer		
Ekzemgruppe	518	339
mikrobielles Ekzem	14	136
allergisches Kontaktekzem	43	58
Frauen		
Ekzemgruppe	402	219
mikrobielles Ekzem	3	47
allergisches Kontaktekzem	40	60

1. Mikrobielles Ekzem

Dabei zeigte sich, daß wir in den Jahren 1951 bis 1953 bei den Männern nur 14, bei den Frauen nur 3 mikrobielle Ekzeme klinisch diagnostizierten, während in den Jahren 1971 bis 1973

die mikrobiellen Ekzeme bei den Männern und Frauen stark zunahmen. Dies liegt sicherlich daran, daß der klinische Begriff des mikrobiellen Ekzems erst Ende der fünfziger Jahre in der dermatologischen Diagnostik an Boden gewann (RÖCKL).

2. Allergisches Kontaktekzem

Obwohl eine Zunahme allergischer Hauterkrankungen weltweit im Fachschrifttum erwähnt wird, wie nachfolgende Erläuterungen zeigen, blieb bei uns die Gruppe des allergischen Kontaktekzems zahlenmäßig annähernd gleich.
Wenn trotz dieser Zunahme die klinischen Einweisungen gegenüber dem Berichtszeitraum I nicht gehäufter beobachtet wurden, so wird dies sicherlich daran liegen, daß die Zunahme durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten der ambulanten Praxis, von denen eingangs grundsätzlich schon gesprochen wurde, aufgefangen wird.
Das Anwachsen der allergischen Kontaktekzeme im dermatologischen Krankengut sei durch einige Literaturangaben belegt.

NOSKO hatte nach einem fünfjährigen Beobachtungszeitraum in seiner Fachpraxis keine wesentliche Veränderung des prozentualen Anteils der Kontaktekzematiker festgestellt.
Bei STORCK und Mitarbeitern nahm aber das Kontakekzem unter Berücksichtigung des Bevölkerungszuwachses im Kanton Zürich um das doppelte zu.
BANDMANN und FREGERT geben den Anteil der Kontaktdermatitiden an dermatologischen Kliniken mit 5 bis 15 % an.
Laut SCHUPPLI hat sich die Ekzemgruppe (Kontaktekzeme, toxisch-allergische Dermatitiden, Dyshidrosen) von 1949 bis 1953 verdoppelt.
In der Gruppe des allergischen Kontaktekzems findet sich bekanntermaßen die größte Anzahl der Berufsdermatosen. Einer Aufstellung von NEUBERT kann man entnehmen, daß 1950 9 % der gemeldeten Berufskrankheiten Dermatosen waren, 1968 war der Anteil auf 29 % angestiegen. Die Zahl der Anzeigen über berufsbedingte Hauterkrankungen hat im gleichen Zeitraum um 107 % zugenommen.

Der vielfach beschriebene Anstieg der allergischen Hauterkrankungen ist in der Zunahme der allergen aktiv wirkenden Substanzen zu suchen. Dies findet seinen Niederschlag bei den angezeigten Berufsdermatosen, die in den letzten 20 Jahren um mehr als das Dreifache angestiegen sind.
Darüber hinaus muß man den Anstieg wohl auch einer besseren Diagnostik zuschreiben. Die Idee zur Epikutan-Testung hatte 1895 JADASSON; Anfang der zwanziger Jahre wurde von BLOCH (in BANDMANN und FREGERT) eine Methode mit einer Standardserie mit 7 Testsubstanzen ausgearbeitet. Heute hat die Allergiediagnostik einen festen Platz in der dermatologischen Fachklinik, vor 20 Jahren war die Situation hingegen noch nicht so ausgeprägt.

In unserer Hautklinik besteht seit 1954 ein Allergielabor, dessen Patientenzahl und Testmethodik sich ständig erweiterten, wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist. Es muß erwähnt werden, daß in den Zahlenangaben neben den klinischen auch die ambulant durchgeführten Testungen enthalten sind.
Die allergischen Hauterkrankungen einschließlich der Respirationsallergien stellen einen Schwerpunkt der ambulant konsultativen Tätigkeit der Klinik dar.

	1951	1952	1953	1971	1972	1973
Zahl der Testpatienten	518	478	528	1214	1333	1550
Epicutanteste	12413	15186	13618	23936	23130	24893
Intracutant.	2320	3520	3958	9488	15425	21706
Nasen-,Conjunctival-, Pneumometriet.	-	-	-	154	357	47
andere Testg.	-	-	-	18	14	13
Alkaliresist.	128	160	141	355	354	470
Hyposensibilis. bei Respirationsallergie	-	-	-	43	34	123

Tabelle 5: Anzahl der Testuntersuchungen in der Britzer Hautklinik

(b) Allergische Erkrankungen

In dieser Gruppe besprechen wir die nicht zum Ekzemkreis gehörenden Hautallergien.

STORCK und Mitarbeiter stellten einen viereinhalbfachen Zuwachs solcher Erkrankungen von 1950 bis 1970 fest.
An der dermatologischen Abteilung des Budapester Krankenhauses zählten KOROSSY und Mitarbeiter in einem fünfjährigen Zeitraum 51 % allergische Krankheitsfälle. Dieser Prozentsatz erscheint außerordentlich hoch, es ist allerdings zu bemerken, daß das Profil der Klinik bestimmt wird durch die Kooperation mit der allergologischen Poliklinik.

Wir greifen im folgenden wegen ihrer aktuellen Bedeutung das Arzneimittelexanthem und die Urticaria besonders heraus.

1. Arzneimittelexanthem

Derartige Erkrankungsfälle zeigten bei Männern für die Berichtszeiträume einen Anstieg von 0,4 auf 1,9 %, bei Frauen von 0,3 auf 3,1 %. Dieser, wenn auch nicht sehr erhebliche immerhin aber doch deutliche Anstieg findet seine Erklärung in dem verbreiteten Medikamentenabusus, aber auch in der zunehmenden Sensibilisierungsrate hochwirksamer Medikamente (z. B. Antibiotika), die heute vielfach auch schon bei Bagatellerkrankungen zum oft unnötigen aber bezüglich der Sensibilisierung gefährlichen Einsatz kommen.

Der relativ geringe Prozentsatz solcher stationären Fälle ist dadurch zu erklären, daß nur ein kleiner Teil aus dieser Erkrankungsgruppe stationär eingewiesen wird.

2. Urticaria

Die Urticaria stieg bei uns im Verlaufe des Berichtszeitraumes bei Männern um das ca. Fünffache, bei Frauen um das ca. Siebenfache und bei Kindern um mehr als das Dreifache an.

STORCK und Mitarbeiter konnten einen Anstieg um das Vierfache

im gleichen Zeitraum nachweisen.
NOSKO beobachtete in der fachärztlichen Hautpraxis in einem Zeitraum von 5 Jahren ebenfalls das allmähliche Häufigerwerden der Urticariafälle. MICHAILOV und BEROWA weisen auf die Zunahme der Urticaria hin, die in ihrem Krankengut 21,8 % aller allergischen Dermatosen ausmachen.

An erster Stelle stehen wohl bei den Ursachen der chronischen Urticaria die gastrointestinalen Störungen bzw. die Nahrungsmittelallergien. Die Einführung neuerer Konservierungsmittel und die Antibiotikazusätze und chemischen Beimengungen in manchen Lebensmitteln, die allergene Wirkung haben können, mögen der Grund für letztere sein. Ebenso sieht man die akute und chronische Urticaria nicht ganz selten nach Arzneimitteln, die oft starke allergene Eigenschaften haben.

Man kann bei der Urticaria und den Arzneimittelexanthemen vielleicht von "Krankheiten des medizinischen Fortschritts" sprechen, die vor einigen Jahrzehnten in diesem Ausmaß nicht beobachtet wurden.

Einen nicht unwesentlichen Anteil an der Zunahme der Urticaria in der dermatologischen Klinik hat die Tatsache, daß heute bei der bekannten Vielfalt ätiologischer Möglichkeiten der Urticaria in den meisten chronischen Fällen die stationäre Einweisung zur klinischen Durchuntersuchung und Testung erfolgt.

3. Psoriasis

Die Schuppenflechte zählt mit zu den häufigsten Hauterkrankungen und wird mit ihrer Rezidivfreudigkeit und zeitweisen Therapieresistenz oft zum therapeutischen Problem.
Bei uns ist die Psoriasis mit 7,3 % bei Frauen und 7,5 % bei Männern im Berichtszeitraum II vertreten, bei Kindern mit 3,4 %. Gegenüber dem Berichtszeitraum I ist speziell bei den Frauen eine gewisse Zunahme erfolgt. Dies mag unter anderem damit erklärt sein, daß die moderne Gesellschafts- und Freizeitbekleidung Erkrankungsfälle mit ausgedehnterem Hautbefall auffällig

macht und so aus psychologischen Gründen beim Patienten den Wunsch nach diskreter klinischer Behandlung aufkommen läßt.

Die Tendenz zu etwas vermehrter stationärer Behandlung gründet sich sicherlich auch auf die Tatsache, daß die in der Praxis in großem Umfang durchgeführte externe Corticoidbehandlung häufig nicht zum gewünschten Erfolg führt, so daß altbewährte Präparate wie beispielsweise Cignolin sowie auch Cytostatika und Immunsuppressiva, deren Verordnung zunächst an die Klinik gebunden ist, Verwendung finden müssen.

Man kommt ohnehin in der Psoriasistherapie mehr und mehr von der Corticoidanwendung ab, weil beobachtet wurde, daß eine solche Vorbehandlung eine gewisse Therapieresistenz mit sich bringt. Dadurch rückt die Cignolinbehandlung in Kombination mit Salicylvaseline wieder in den Vordergrund.
KOROSSY und Mitarbeiter hatten bei ihren klinischen Patienten 13,5 % Psoriasiskranke während eines Zeitraumes von 5 Jahren gezählt.
Bei STORCK und Mitarbeitern nahm die Psoriasis in 20 Jahren 0,5-mal stärker zu als die Bevölkerung.

4. Viruserkrankungen

Der Anstieg der Viruserkrankungen ist in unserem Patientengut stark gewesen (siehe Abb.4). NASEMANN glaubt die Zunahme der Virosen der Haut auf folgende Tatsachen zurückführen zu können:

- Antibiotikaanwendung zur Unterdrückung bakterieller Infektionen (dadurch z.B. Überwuchern von Hefepilzen im Darmkanal und als dessen Folge wiederum ein leichteres Eindringen von Viren im Genitoanalbereich).
- Zunehmender Einsatz von Corticoiden (bei Neurodermitikern in letzter Zeit gehäuftes Auftreten von Mollusca contagiosa).
- Weitverbreitete Einnahme von Ovulationshemmern, die eine gewisse immunsuppressive Wirkung haben können und auf diesem Wege das Eindringen von Viren zu fördern vermögen.

Weiterhin muß man bedenken, daß Viruserkrankungen der Haut rezidivfreudig sind.

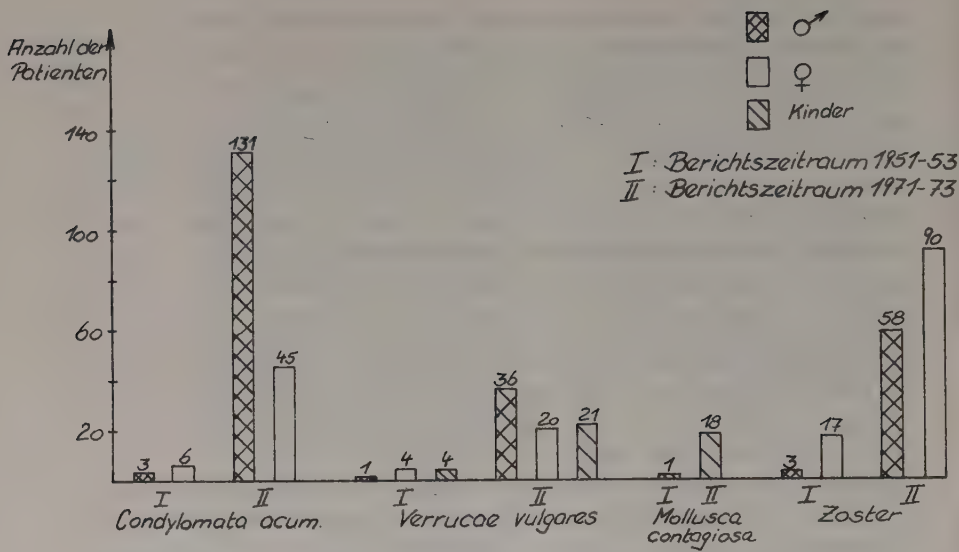


Abbildung 5: Anzahl der Viruserkrankungen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik

(a) Condylomata acuminata

Hier ist der Anstieg der Erkrankungen bei den Männern im zweiten Berichtszeitraum besonders hoch und eindrucksvoll. Die starke Verbreitung scheint durch Homosexuelle und stärkere Promiskuität zu erfolgen.
Der Condylombefall ist oft mit den jetzt häufigen genitalen und analen Hefepilzinfektionen und der Trichomoniasis bei beiden Geschlechtern, insbesondere bei den Frauen, kombiniert. Vielfach sind Condylome auch Begleiterkrankungen bei venerischen Infektionen.

(b) Verrucae vulgares

Auch hier ist ein deutlicher Anstieg bei Männern, Frauen und Kindern im zweiten Berichtszeitraum zu verzeichnen. Bei den klinischen Fällen handelte es sich immer um ausgedehnten pal-

maren und plantaren Befall. Es erhebt sich die Frage, wie ist diese Entwicklung zu erklären.
Die Übertragung kann direkt von Mensch zu Mensch oder indirekt durch Waschutensilien oder Barfußlaufen erfolgen. Bei der Kollektivierung in Internaten und Kasernen sowie durch die zunehmende Beliebtheit des Bade- und Schwimmsports läßt sich eine Häufung der Warzenerkrankung beobachten. Der Quelleffekt der Fußsohlen durch Feuchtigkeitskontakt ist hierbei wichtig für das Eindringen der Viren.

GERTH und Mitarbeiter werteten eine Epidemie von 1965-1968 mit Plantarwarzen aus. Es stellte sich heraus, daß durch gemeinsames Baden in einem Lehrschwimmbecken Schüler und Familienangehörige von Plantarwarzen befallen wurden. Die nur zweimal wöchentlich erfolgende Reinigung des Bades sowie die von früh bis spät nassen Böden ermöglichten wohl ein längeres Überleben der Viren.
GENTLES untersuchte wahllos 10 % der Badegäste eines geheizten Hallenschwimmbades und stellte in 4,8 % Fußwarzen fest. Im poliklinischen Krankengut KÖNIGs betrugen die vulgären Warzen 0,3 bis 3 %.

(c) Mollusca contagiosa

Hier ist für den zweiten Berichtszeitraum ebenfalls eine Zunahme aus der Tabelle herauszulesen, die freilich zahlenmäßig in bezug auf das Gesamtkrankengut nicht sehr ins Gewicht fällt. In den Fachpraxen wird in den letzten Jahren allenthalben über eine Zunahme der Mollusca contagiosa berichtet. In die Klinik kommt allerdings nur eine kleine Auswahl mit ausgedehntem Befall.
Bezüglich der Ursache der Verbreitung ist eine Feststellung LEGLERs von Interesse, der ein gehäuftes Vorkommen bei Kindern im Schwimmbadbereich beobachtete. Für die Übertragung diskutierte er gemeinsames Benutzen von Handtüchern und direkten Kontakt.
Auch NASEMANN beobachtete vermehrte Ansteckung in Kinderheimen, Waisenhäusern und Schulen.

(d) Herpes zoster

Bei Zosterfällen haben wir einen erheblichen Anstieg, insbesondere bei Frauen im zweiten Berichtszeitraum. Die Ursache hierfür könnte in der starken Überalterung der Bevölkerung liegen. Wir wissen, daß der Zoster in über 50 % der Fälle zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr auftritt. Gegen Ende des Jahres 1972 betrug der Anteil der über 50jährigen in Westberlin 42 %.

5. Pyodermische Hauterkrankungen

Bezüglich der Gesamtzahlen (siehe Abb.2) ist in den beiden Berichtszeiträumen keine wesentliche Veränderung bei den pyodermischen Hauterkrankungen festzustellen.
Auffällig ist aber ein Ansteigen der Erysipelfälle bei uns im zweiten Berichtszeitraum bei Männern und Frauen.
In der Masse der Fälle waren die Erysipele an den Beinen lokalisiert. Da die Britzer Hautklinik, wie bereits erwähnt, in einem hohen Prozentsatz Patienten mit peripheren arteriellen und venösen Gefäßleiden an den unteren Extremitäten betreut, die erfahrungsgemäß durch Erysipel kompliziert werden (KONOPIK), findet die besondere Häufigkeit derartiger Patienten in unserem klinischen Krankengut eine probate Erklärung.
KONOPIK fand in 90 % der Fälle das Erysipel an den Unterschenkeln lokalisiert.
VITA und Mitarbeiter stellten in einem Untersuchungszeitraum von 6 Jahren an einer rumänischen Infektionsklinik fest, daß am häufigsten das Gesichtserysipel (57,2 %) und dann das der unteren Extremitäten (37,3 %) auftritt. Die Verteilung über das Jahr war linear mit Bevorzugung des weiblichen Geschlechts.

Weiterhin erscheint uns ein häufigeres Auftreten des Unguis incarnatus im zweiten Berichtszeitraum erwähnenswert, dessen Ursachen wohl in fehlerhafter Nagelkosmetik und zu engem Schuhwerk zu suchen sind.
BEISENHERZ diskutiert auch eine ererbte Anlage für den einge-

wachsenen Nagel. Er sah den Unguis incarnatus überwiegend bei seinen jungen Patienten, 85 % davon zeigten Entzündungserscheinungen.

6. Hauttuberkulose

Die Hauttuberkulose spielt in unserem klinischen Krankengut in beiden Berichtszeiträumen praktisch keine Rolle mehr. Im zweiten Berichtszeitraum war sie weiter rückläufig. Diese Entwicklung ist in der gesamten Bundesrepublik zu beobachten (JUNKER).

7. Pilzinfektionen

Aus unserem Krankengut ist ein geringes Ansteigen der Dermato- und Onychomykosen zu entnehmen, besonders fällt die relativ hohe Zuwachsrate der Soormykosen auf (siehe Tab. 2, 3 und 4).

Die Mykosen zählt man zu den häufigsten Infektionskrankheiten der Haut und Schleimhäute. Ein Fünftel der Weltbevölkerung ist an Mykosen erkrankt (MALE).
Im klinischen Krankengut spielen die Mykosen allerdings eine geringe Rolle, da sie zumeist erfolgreich in der ambulanten Praxis behandelt werden. Die klinischen Fälle der Dermatomykosen sind häufig Nebenbefunde, die allein nicht der Grund der klinischen Einweisung waren.
Veränderte Sport- und Freizeitgewohnheiten und die weite Verbreitung kunstfaserhaltiger Fußbekleidung seien nur stellvertretend für viele andere Faktoren genannt, die an der zahlenmäßigen Erhöhung der Hautpilzerkrankungen ganz sicherlich beteiligt sind.
Daß speziell die Soormykosen jetzt häufiger gefunden werden, mag mannigfache Gründe haben:

- Vielfache und langfristige Antibiotikatherapie führt zur Änderung des biologischen Gleichgewichtes zwischen Bakterien- und Pilzflora und zur Ausbreitung pathogener Hefen im Magen-Darm-Kanal.

- Der Diabetes mellitus ist weiterhin anzuführen, der als Zivilisationskrankheit bei steigendem Lebensstandard seit Ende des zweiten Weltkrieges vermehrt vorkommt; bei ihm ist die Candidose die am häufigsten auftretende Mykose.
- Im Zusammenhang mit medikamentöser Therapie müssen auch die Corticosteroide, Zytostatika und Immunsuppressiva genannt werden, deren Anwendung ebenso zur Besiedlung des Organismus mit Sproßpilzen führen kann.
- Die Ansichten darüber, ob die Einnahme von Antikonzeptiva bei Frauen das Auftreten von Vaginalsoor begünstigt, sind verschieden.
  LAPAN konnte nachweisen, daß bei der Sequentialtherapie (Präparate mit höherem Östrogengehalt) sogar ein deutliches Absinken der Zahl der positiven Soorkulturen zu sehen war.
  In einer Studie aus Israel (PUMPIANSKI und GANOR) wird in dem Zusammenhang die Zunahme der Erkrankung an vulvovaginaler Candidiasis bejaht, da anhand ihrer Untersuchungen seit 1963 eine Zunahme der Soorerkrankungen seit 1968 beobachtet wurde. Seit 1968 etwa sind in Israel orale Kontrazeptiva in Gebrauch.

  Die pathogenetische Erklärung wird in einer Beeinflussung der Insulin- und Glukosekonzentration im Blut durch die Gestagene gesucht, wodurch es dann wiederum zur Änderung des Säuregehaltes des Scheidenepithels kommt.

Ähnliche Ergebnisse wie unsere Klinik bezüglich des zahlenmäßigen Anstiegs der Dermato- und Onychomykosen hatte auch STORCK.

G. BRAUN und KRENTEL fanden 1962 bei den klinisch Behandelten der Magdeburger Hautklinik ca. 2 % Patienten mit Dermatomykosen.

BLASCHKE und Mitarbeiter untersuchten das Krankengut von 12 dermatologischen Kliniken von 1967 bis 1969. Es zeigte sich folgendes:

Männer waren häufiger an Dermatomykosen der Füße erkrankt als Frauen (54,5 % Männer gegenüber 45,5 % Frauen). Bei Frauen war der Anteil an Onychomykosen höher (62,6 % Frauen gegenüber 37,4 % Männern).

Diese Tatsache können wir an unserem eigenen Material bestätigen, auch wenn wir nur eine sehr viel kleinere Patientenzahl aufweisen können.

G. BRAUN und KRENTEL machten ebenso die Feststellung, daß Frauen häufiger als Männer mit Onychomykose befallen sind. Viel-

leicht liegt es an einer schlechteren acralen Durchblutung beim weiblichen Geschlecht. Möglicherweise prädisponieren intensivere Maniküre- und Pediküremaßnahmen für eine Pilzerkrankung im Nagelbereich.
DAHLKE fand heraus, daß Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine in besonders hohem Maße an Onychomykose der Fußnägel erkrankt waren.

8. Scabies

In unserem Krankengut ist ein Anstieg dieser Erkrankung besonders deutlich bei Kindern (von 2,4 % auf 10,7 %) zu beobachten. Bei der Diskussion über die Ursachen dieses Anstiegs der Krätze müssen mehrere Faktoren berücksichtigt werden. Mit der folgenden Feststellung MARTINIs ist ein Punkt schon angeschnitten:

> "Die Krätze ist im Leben der Kulturvölker nur von mäßiger Bedeutung, sie kann sich dagegen in Kriegs- und Notzeiten ausbreiten."

Der Anstieg in den letzten Jahren ist nun allerdings nicht durch eine Notzeit zu erklären. Es besteht kein Zweifel, daß die Scabies in der Bevölkerung wieder zugenommen hat, wobei zumeist Kinder aus kinderreichen Familien, die unter ungünstigen hygienischen Bedingungen leben, zur Behandlung in die Klinik eingewiesen werden. Die Erwachsenen begeben sich jedoch meist in die ambulante Behandlung.
Einen weiteren Grund kann man in einem veränderten Lebensstil, besonders unter manchen Jugendlichen, sehen, die in größeren Wohngemeinschaften leben und oft bewußt ein hygienische Erfordernisse vernachlässigendes, ungepflegtes Äußeres zur Schau tragen.

Im Rahmen des Tourismus kommt es zu steigenden Bevölkerungsbewegungen, so daß die Durchseuchung mit Scabies zugenommen hat. Außerdem muß man einer veränderten Immunitätslage gegen die Krätzemilbe Bedeutung zumessen. An nachfolgender Abbildung 6 erkennt man einen gewissen zyklischen Verlauf, an dem man die wechselnde Immunität ablesen könnte. Während einer Epidemie

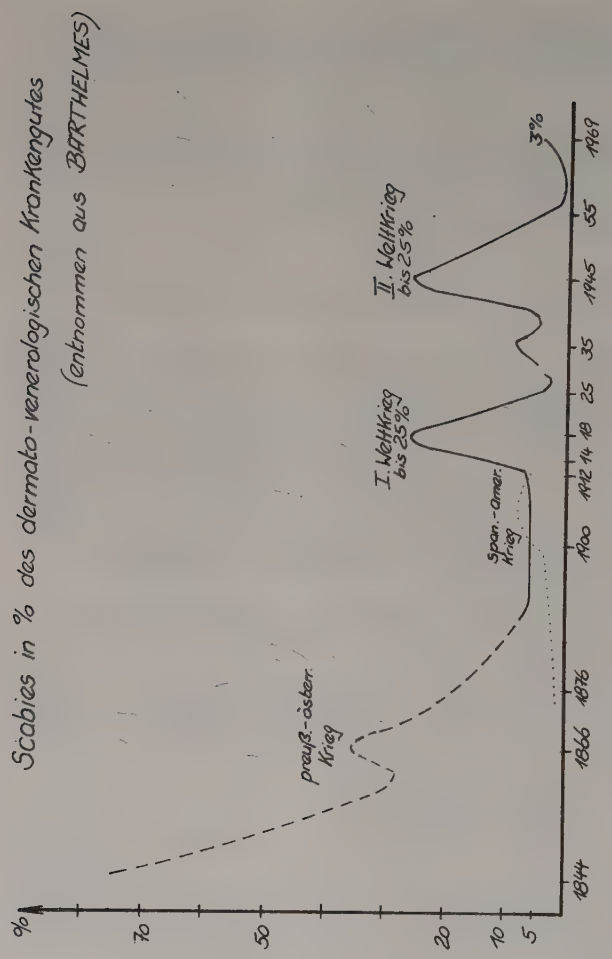


Abbildung 6: Der phasenhafte Verlauf der Scabies seit F.HEBRA (entnommen aus: BARTHELMES, R., N. SÖNNICHSEN, H. BARTHELMES)

--- mutmaßlicher Anteil nach den spärlichen Literaturangaben im vorigen Jahrhundert

—— Anteil der Scabies im 20. Jahrhundert nach eigener Literaturzusammenstellung

... Anteil der Scabies bis zum 2. Weltkrieg in den USA (nach POLLITZER)

bildet sich durch Abwehrkräfte eine relative Infektionsresistenz aus, nach ungefähr 15 Jahren ist eine neue empfängliche Generation herangewachsen. Diese Immunitätstheorie wurde u.a. von MELLANBY entwickelt.

Eine weitere mögliche Ursache des Anwachsens der Krätzefälle liegt sicherlich auch darin, daß man zu Beginn der sechziger Jahre die Krankheit wegen des seltenen Vorkommens nicht so oft in diagnostische Erwägung zog. SÖNNICHSEN und Mitarbeiter konnten bei der Prüfung der Altersverteilung bei 342 Krätzepatienten einen Prozentsatz von 78,4 für Kinder und Jugendliche feststellen. Die meisten Ansteckungen erfolgten in der Familie (41,8 % "ping-pong"-Infektionen), 13,5 % in Jugendwerkhöfen und 6,7 % in Dauerheimen.

BECKER und SCHMALZ meinen, daß die Scabies von 1950 bis 1964 eine dermatologische Rarität mit 3 bis 5 Krankheitsfällen pro Jahr darstellte. Seit 1965 ist ein Anstieg in der DDR zu beobachten, der sich nicht zuletzt anhand einer seit dem 20.12. 1967 bestehenden gesetzlichen Meldepflicht für Krätze nachweisen läßt. In der Altersverteilung bestehen auch hier Gipfel bei Kindern und Jugendlichen.

BARTHELMES und Mitarbeiter stellten einen relativen Anstieg der Scabies an der Jenaer Hautklinik (1960-1969) von 0,12 % auf 3,08 % des Krankengutes fest (dies entspricht 517 Fällen). Von 1955 - 1966 betrug der Anteil weniger als 1 %.

9. Tumoren der Haut

(a) Melanom

Das Melanom ist mit 1 bis 2 % an den bösartigen Geschwülsten und mit 20 % an den malignen Hauttumoren beteiligt (GREITHER und TRITSCH).
Frauen erkranken häufiger als Männer (W. BRAUN und STEIN), was wir auch bei uns bestätigt finden (vgl. Abb. 7).

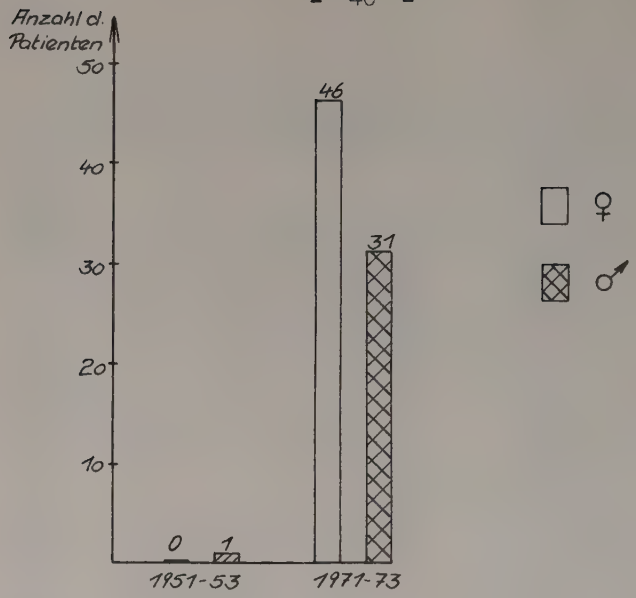


Abbildung 7: Anzahl der Melanomerkrankungen in der Britzer Hautklinik in den untersuchten Berichtszeiträumen

Anhand der Tabellen 2 und 3 ist ersichtlich, daß im zweiten Berichtszeitraum erheblich mehr Melanome zur klinischen Einweisung kamen.
Ob dieser Anstieg auf einem häufigeren Vorkommen der Melanome in den letzten Jahren beruht oder auf eine verbesserte Diagnostik und Aufklärung der Bevölkerung zurückgeführt werden muß, ist ein noch offenes Problem.
Ärztliche Kongresse und Fortbildungen beschäftigen sich in zunehmendem Maße mit dieser Tumorerkrankung, und auch die Bevölkerung wird über den Ernst dieses Tumorleidens im Rahmen der Gesundheitserziehung durch die Massenmedien vermehrt aufgeklärt. Auf diese Weise kommen viele Patienten frühzeitiger und auch rechtzeitig schon im Verdachtsfall in ärztliche Behandlung.
Vergleiche mit anderen Kliniken zeigen, daß auch dort eine ansteigende Tendenz bezüglich der Häufigkeit besteht (GARTMANN).

JORDAN und Mitarbeiter beobachteten von 1953 bis 1964 an der Hautklinik Münster insgesamt 201 Melanomfälle, wobei in den letzten Jahren die Häufigkeit zunahm.
Nach STEIN kam es seit 1960 an der Bonner Hautklinik zu einem Anstieg der Melanomkranken, die die Klinik aufsuchten.
An der Züricher Hautklinik weisen STORCK und Mitarbeiter eine Zunahme der Melanome von 1950 bis 1970 um 164,7 % nach.

(b) Basaliom und Spinaliom

Das Basaliom ist zum überwiegenden Teil eine Erkrankung des höheren Lebensalters, welche im Regelfall ambulante Behandlung findet. Die Zunahme in unserem Krankengut bei Männern von 2 auf 24 Fälle und bei Frauen von 1 auf 37 Fälle ist darin zu suchen, daß wir in den letzten Jahren ausgedehntere Basaliome klinisch-operativ angegangen sind.

Ähnliche Gesichtspunkte sind auch für die vermehrte klinische Behandlung von Spinaliomen im zweiten Berichtszeitraum maßgebend gewesen.

Wesentlich für die Diagnostik und Therapie von Hauterkrankungen und Hauttumoren war auch die Einrichtung unseres dermatohistologischen Laboratoriums, die 1954 erfolgte, und welches lange Jahre unter fachdermatologischer und fachpathologischer Leitung steht.

Die Zahl der jährlichen Untersuchungen, die in Abb. 8 aufgeführt ist, zeigt den steilen Anstieg dermato-histologischer Arbeit der Klinik besonders in den letzten Jahren, wobei allerdings in den Untersuchungszahlen auch die ambulante Diagnostik Eingang gefunden hat.

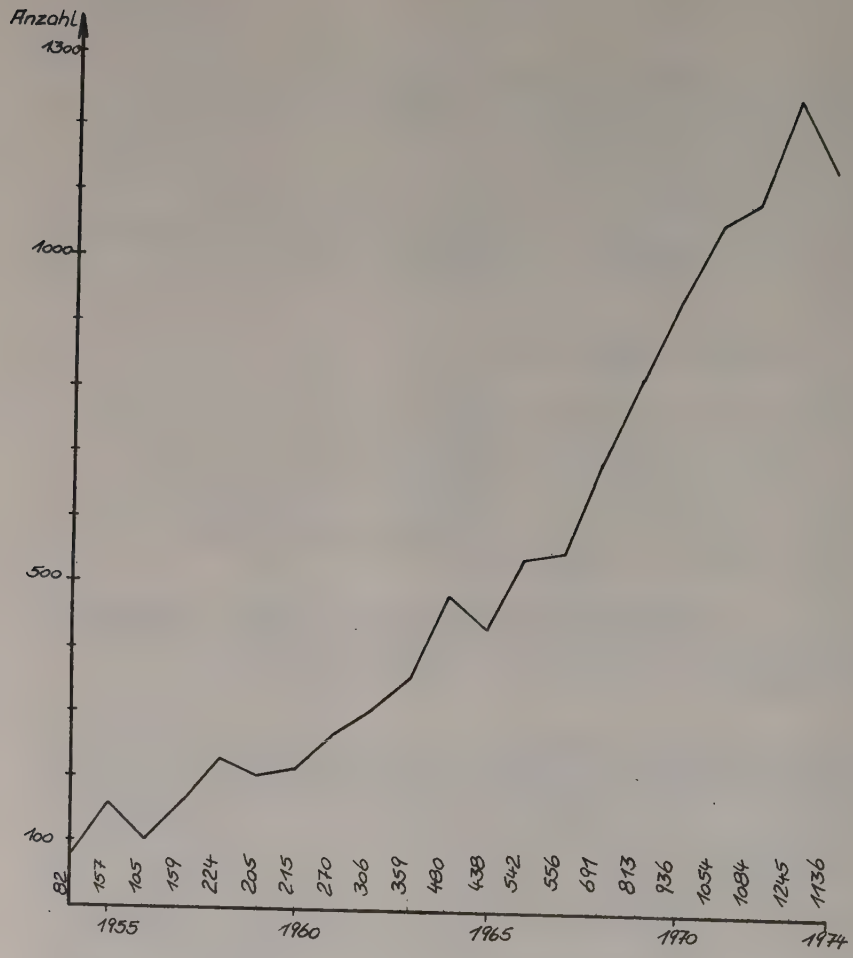


Abbildung 8: Anzahl der histologischen Untersuchungen von 1954 bis 1974 an der Britzer Hautklinik

10. Die dermatochirurgische Arbeit (vgl. Tab. 6)

Sie nimmt einen immer größeren Raum in den Aufgaben unserer Klinik ein. Die Zahl der operativen Eingriffe hat sich innerhalb von 10 Jahren von 1013 auf 1923 nahezu verdoppelt. In großem Maße an diesem Anstieg beteiligt sind die proktologischen Operationen, die im Zeitraum II fast 15 % der gesamten Operationen ausmachten. Vor 10 Jahren waren sie mit 4 % beteiligt.

	1961-1963		1971-1973	
	Zahl d.Fälle	%	Zahl d.Fälle	%
Tumor-Excisionen	111	11,0	176	9,2
Nagel-Op.	115	11,4	159	8,3
Ulcustransplantationen	86	8,5	104	5,4
Warzen-Op.	48	4,7	77	4,0
Fräsung	47	4,6	45	2,3
Hodenbiopsie	4	0,4	11	0,6
Phimosen	67	6,6	247	12,8
PE	209	20,6	374	19,5
Sonstiges	286	28,2	450	23,4
Gesamt	973	96,0	1643	85,5
Proctolog. Op.				
Analthrombose			3	0,2
Analfisteln	2	0,2	55	2,9
Analabszesse			15	0,8
Analprolaps			6	0,3
Analpolypen			13	0,7
Marisquen			9	0,4
Condylome (vaginal,perianal)	38	3,8	179	9,3
Gesamt	40	4,0	280	14,6
Insgesamt	1013	100	1923	100

Tabelle 6: Anzahl operativer Fälle in der Britzer Hautklinik

Unter "Sonstiges" faßten wir folgendes zusammen: Paraphimose, Frenulumdurchtrennung, Excisionen (Lipome, Atherome, Fremdkörpergranulome, Naevi, Sebocystome), Incisionen, Varizenligaturen, Rhinophymabtragung, Tätowierungen.

11. Die übrigen Erkrankungen

Die Erkrankungen, die nicht im einzelnen in der Auswertung angeführt sind, unterlagen keinen wesentlichen Veränderungen in den herausgezogenen Zeiträumen. Ihre absolut und prozentual niedrigen Zahlen erlauben auch keine repräsentativen Aussagen über ihre zahlenmäßige Entwicklung in den letzten zwanzig Jahren.
Zu diesen Krankheitsgruppen gehören blasenbildende Dermatosen, Lichen ruber, Praecancerosen, maligne Retikulosen, Ablagerungsdermatosen und Kollagenosen.

Der Vollständigkeit halber zählen wir nachfolgend die unter "Sonstiges" angeführten Krankheiten auf: Verätzung, Verbrennung, Epididymitis, Lichen sclerosus, Paraphimose, Hydrocele, M. Reiter, Sebocystomatose, Granuloma anulare, Erythema nodosum, multiple Atherome, Analfisteln und -thrombosen, Prurigo, Rhinophym, Neurofibromatose, Virusexantheme.

B. Die Entwicklung bei den venerologischen Erkrankungen

1. Allgemeines

Der Traum der Venerologen, mit den modernen Antibiotika und Chemotherapeutika die Geschlechtskrankheiten weitgehend zum Schwinden bringen zu können, hat sich nicht erfüllt. Die Morbiditätsziffern der letzten Jahre im Weltmaßstab gesehen weisen auf eine Wiederzunahme der Erkrankungen hin. Die ursächlichen Faktoren dieser Weiterverbreitung sind komplexer soziologischer und auch sexual-psychologischer Art.

Die letzten Jahre brachten durch die sogenannte Sexwelle mehr Freiheit auf diesem Gebiet. Dies führte zu einer steigenden sexuellen Aktivität der jungen Generation und einem längeren individuellen Sexualleben der Älteren, begründet im früheren Eintritt der Menarche bzw. Verschiebung der Menopause durch Hormoneinnahmen während der Wechseljahre.

Die Geschlechtskrankheiten sind heute auch nicht mehr mit einem stärkeren Makel wie früher behaftet, die Gesellschaft hat hier zu einer freieren Auffassung, die auch der Promiskuität anders gegenübersteht, gefunden. Im Mittelalter galt das volkstümliche Sprichwort: "Wer den einen Fuß im Frauenhaus hat, hat den anderen im Hospital" (DIEPGEN). Damit ist die Prostitution angesprochen, die auch heute noch zur Weiterverbreitung beiträgt, nicht zuletzt in larvierter Form in den sogenannten Massagesalons.

Zeiten wirtschaftlicher Hochkonjunktur begünstigen das Infektionsrisiko, ebenso die verbreitete Anwendung von Ovulationshemmern, die der Promiskuität Vorschub leistet.
Die Ausweitung des Reiseverkehrs und vornehmlich für Westberlin die Tatsache, daß eine große Zahl Jugendlicher sich zur Ausbildung für einige Jahre in Berlin aufhält, haben ebenfalls Anteil an der Zunahme der Erkrankungshäufigkeit.

Nicht zuletzt spielen sicher auch die Verkürzung der Behandlungsdauer, deren Einfachheit, Harmlosigkeit und relative Zu-

verlässigkeit sowie die Vernachlässigung der Infektionsquellenforschung eine Rolle am Anstieg der Geschlechtskrankheiten.

Um unser an sich kleines Zahlenmaterial in den Trend der Allgemeinentwicklung zu stellen, soll im nachfolgenden zunächst ein kurzer Überblick über die epidemiologische Situation des Auslands und Westberlins gegeben werden.

Grundsätzlich ist zu sagen, daß statistische Erhebungen über venerische Erkrankungen stets mit einer nicht prüfbaren Dunkelziffer behaftet sind, so daß die Statistiken nie völlig tatsachengerecht sein werden.

2. Syphilis

An der Verbreitung der Syphilis sind in den letzten Jahren in höherem Maße in europäischen Ländern Homosexuelle und zugewanderte Ausländer beteiligt. HARRIS und Mitarbeiter untersuchten 1970/71 67 Homosexuelle, von denen 30 % infektiöse Syphilis hatten und die knappe Hälfte Gonorrhoe (rectal und urethral).

BURCKHARDT weist bei hohem Anteil der Homosexuellen ein wellenförmiges Ansteigen der Syphilis nach.
PETZOLD und Mitarbeiter weisen auf eine Steigerungsrate der Syphiliszunahme in England von 1962 - 1968 von 49 % hin.
STAPINSKI beobachtete in Polen 1970 ebenfalls eine Zunahme der Syphilis, auch der congenitalen Form.
Einigen Statistiken ist auch ein Absinken der Syphiliserkrankungen zu entnehmen. Von 1962 bis 1968 kam es in den USA zu einer Verminderung der Syphilis um 30 % (PETZOLD).
In der Ambulanz der Münchner Hautklinik bestand von 1959 bis 1965 ansteigende, danach bis 1969 abfallende Tendenz (PETZOLD).
Ebenso war in Nordrhein-Westfalen ein Rückgang zu verzeichnen (PETZOLD).
Auch in der DDR kam es zu einem geringen Abfall der Gesamtzahl an Syphiliserkrankungen von 1966 bis 1968 (ELSTE und KRELL).

3. Gonorrhoe

Ein besonders starkes Ansteigen an Gonorrhoe ist in Skandinavien, Großbritannien, Italien, Kanada, USA und Polen von 1958 bis 1963 zu verzeichnen (MORTON).
McKENZIE-POLLOCK zeigt eine Steigerungsrate der Gonorrhoe von 35 % in den USA von 1962-1968.

Der Tripper ist in Nordrhein-Westfalen von 9.688 Fällen im Jahre 1966 auf 10.264 Fälle im Jahre 1968 angestiegen (PETZOLD). In der DDR weisen ELSTE und KRELL einen Zuwachs von 18.867 auf 20.219 Fälle in den Jahren 1966 bis 1968 nach. Hier wird der Anstieg besonders auf die kleine Zahl der "uneinsichtigen Gefährdeten und Kranken" zurückgeführt (HwG-Personen, Alkoholiker, Homosexuelle). Sie stellen mit ihrer relativ kleinen Zahl ein Reservoir für die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten dar.

In der Münchner Ambulanz der Hautklinik blieb die Gesamtzahl der Go-Fälle von 1959 bis 1966 konstant, 1967 und besonders 1969 zeigten sich beträchtliche Zuwachsraten (PETZOLD).

Den Anstieg der Gonorrhoe in den letzten Jahren durch Resistenz gegen Penicillin zu erklären, ist anhand eingehender Untersuchungen wohl nicht gerechtfertigt, da es sich bei den Therapieversagern eher um Reinfektionen oder gleichzeitige Mischinfektionen mit penicillinasebildenden Staphylokokken handelt (SÖLTZ-SZÖTZ und THURNER).

4. Die Situation der Geschlechtskrankheiten in Westberlin

Die nachfolgenden Tabellen 7 und 8 (entnommen dem "Statistischen Jahrbuch Berlin" der Jahre 1952, 1973, 1974) zeigen die Anzahl der Geschlechtserkrankungen zu Beginn der fünfziger Jahre und in den Jahren 1972 und 1973. Über den dazwischenliegenden Zeitraum steht kein Zahlenmaterial zur Verfügung, da keine Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten bestand.

	Syphilis			Gonorrhoe		
Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1950	901	1.208	2.109	3.607	2.969	6.576
1951	538	734	1.272	3.284	2.540	5.824

Tabelle 7: An Geschlechtskrankheiten Neuerkrankte 1950 und 1951 in Berlin (die Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten wurde ab 1.9.1951 aufgehoben; angegebene Zahlen für 1951 also nur bis 31.8.1951)

	Syphilis			Gonorrhoe		
Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
1972	501	195	696	7.553	3.233	10.786
1973	597	209	806	7.616	3.297	10.913

Tabelle 8: Gemeldete Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten 1972 und 1973 in Berlin (die anonyme Meldepflicht wurde erst wieder am 25.8.1969 eingeführt, Angaben über den Zeitraum von 1969 bis 1971 liegen nicht vor)

Eindeutig ist aus den Tabellen ein Anstieg der Gonorrhoe herauszulesen, wohingegen bei der Syphilis die Zahlen der Jahre 1972 und 1973 gegenüber dem Vergleichszeitraum 1950 bis 1951 wesentlich niedriger liegen, besonders bei den Frauen.
Die Syphilisinfektionen bei den Männern weisen jedoch von 1972 zu 1973 einen Anstieg von rund 20 % auf, bei den Frauen bleibt die Zahl der Neuerkrankten nahezu konstant.

Bezüglich der venerischen Erkrankungen und ihrer zahlenmäßigen Entwicklung in unserem klinischen Krankengut geben Abbildung 9 und 10 Auskunft. In Abb.9 sind, um einen Gesamtüberblick zu geben, die Aufnahmeziffern von venerischen Erkrankungen bei Männern, Frau-

en und Kindern ab 1945 im logarithmischen Maßstab ausgewertet.

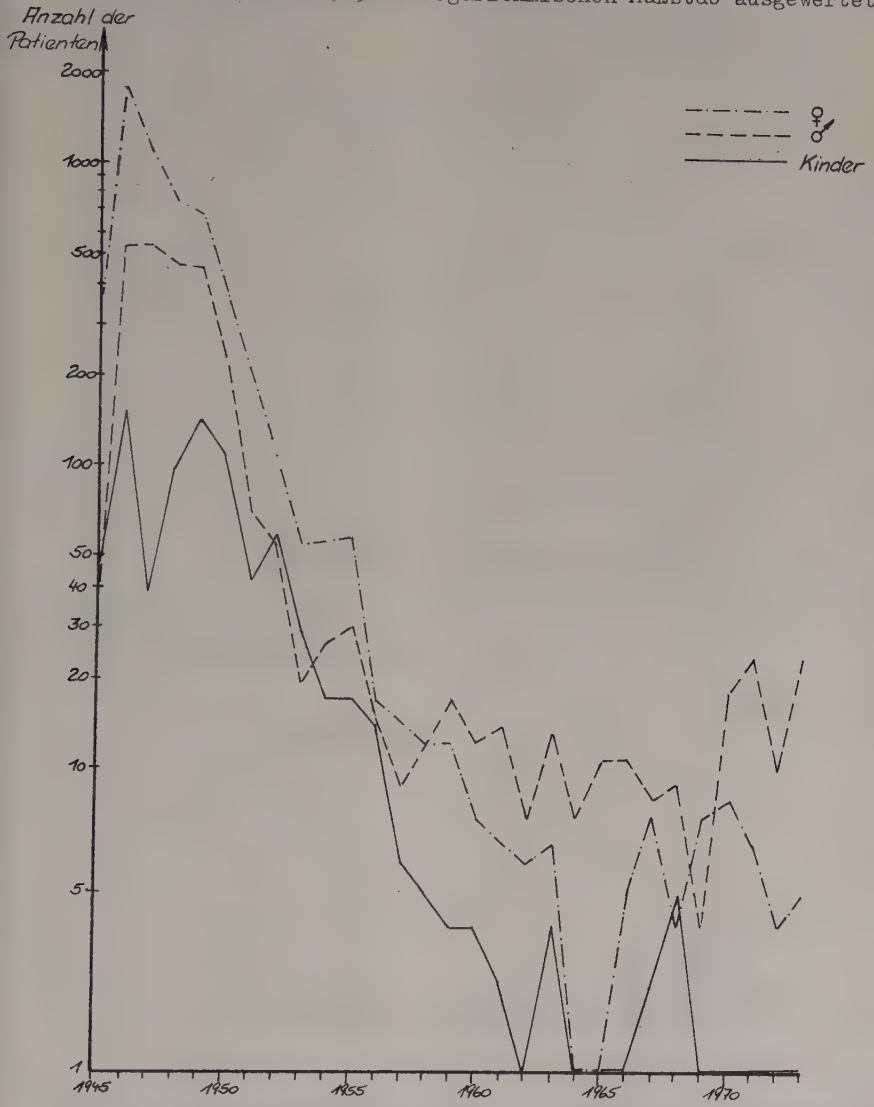


Abbildung 9: Der Verlauf der Geschlechtskrankheiten an der Britzer Hautklinik von 1945 bis 1973

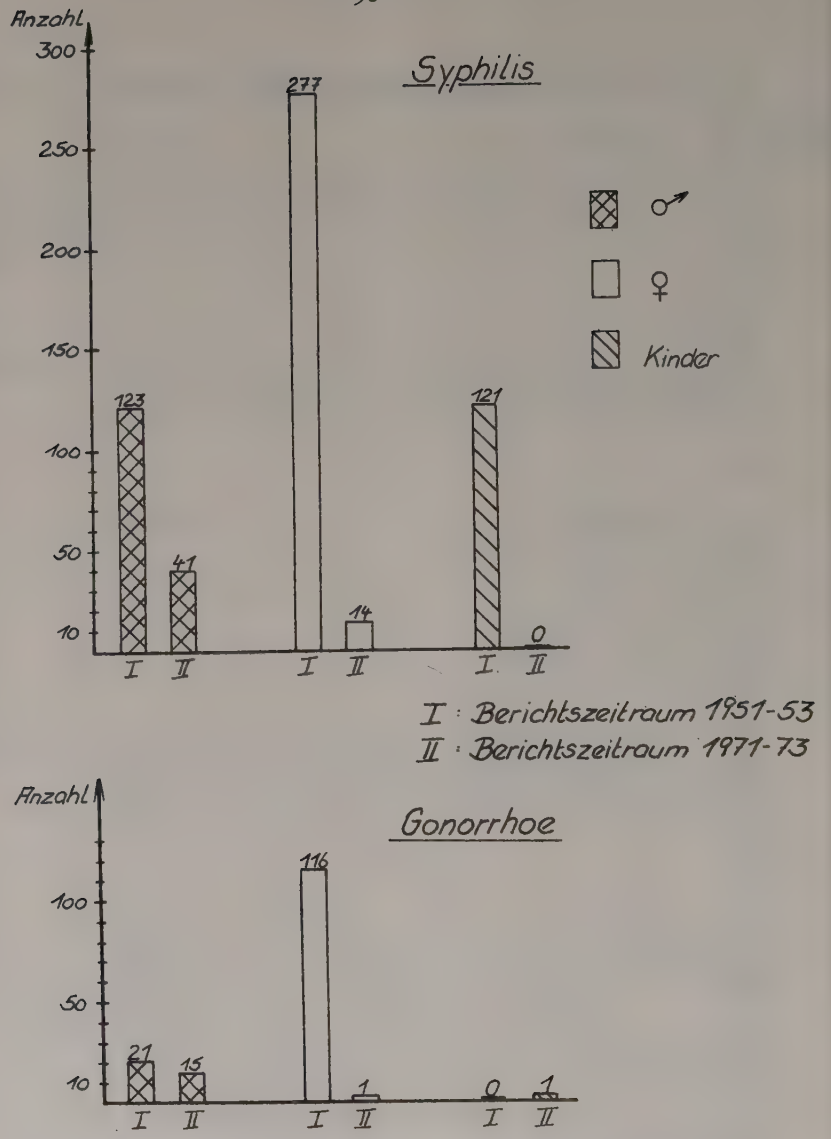


Abbildung 10: Anzahl der Syphilis- und Gonorrhoe-Fälle bei Männern, Frauen und Kindern an der Britzer Hautklinik in den untersuchten Berichtszeiträumen.

Wir sehen, daß es zu Beginn der fünfziger Jahre nach dem hohen Gipfel um 1945/46 zu einem weitgehenden Rückgang derartiger Patienten kam. Während in unserem ersten Berichtszeitraum von 1951 bis 1953 144 Männer, 393 Frauen und 121 Kinder zur Aufnahme kamen, fielen diese Ziffern in den darauffolgenden Jahren weiterhin ab, so daß wir zum Beispiel im Jahr 1964 nur 7 Männer, 1 Frau und überhaupt kein Kind aufnahmen.

In den Jahren 1971 bis 1973 stieg die Zahl venerisch Erkrankter wieder an, und zwar vornehmlich bei Männern. Damit zeichnet sich auch bei uns, wenn auch an kleinen Zahlen, ein Trend zur wiederzunahme venerischer Erkrankungen ab.

Wir sind uns allerdings bewußt, daß unsere Zahlen nicht repräsentativ für die venerologische Morbiditätsentwicklung in unserer Stadt sein können, da die Geschlechtserkrankungen eine Domäne der ambulanten Therapie geworden sind, und die Klinik eigentlich nur komplizierte Fälle bzw. solche mit besonderem sozialen Notstand erreichen.
Auch fehlt der Britzer Hautklinik eine geschlossene venerologische Station, wie sie in der Hautklinik der Freien Universität im Rudolf-Virchow-Krankenhaus zur Verfügung steht.

IV. Zusammenfassung

Anhand der Jahresstatistik und einer Auswertung der Diagnosenbücher der Britzer Hautklinik wird die Entwicklung des klinischen Krankengutes der Abteilung von 1951 bis 1973 aufgezeigt.

Für die detaillierte Auswertung wurden zwei Berichtszeiträume, nämlich von 1951 bis 1953 und von 1971 bis 1973 gewählt.

Die Ursachen der Zu- bzw. Abnahme einzelner Krankheitsbilder und Erkrankungsgruppen werden unter Berücksichtigung der einschlägigen Fachliteratur diskutiert.

Entsprechend der speziellen Ausrichtung der Klinik haben die arteriellen und venösen peripheren Durchblutungsstörungen der Beine im klinischen Krankengut stark zugenommen. Damit zusammenhängend ist auch die Zunahme der Erysipelfälle zu sehen. Eindrucksvoll ist der zahlenmäßig starke Anstieg der Viruserkrankungen der Haut bei Männern, Frauen und Kindern. Weiterhin wurden maligne Hauttumoren häufiger zur klinischen Behandlung aufgenommen. In diesem Zusammenhang wird auf die gestiegene Anzahl histologischer Untersuchungen in der Klinik hingewiesen.
Ebenso kam es zu einer Ausweitung der klinisch-operativen Tätigkeit in den letzten Jahren, insbesondere auf dem Gebiet proktologischer Operationen.

Das der Klinik angeschlossene Allergie-Labor hat entsprechend der klinischen und ambulant-konsultativen Anforderungen an Leistungsbreite zugenommen.

Bei Kindern ist ein gehäuftes Auftreten von Dermatozoonosen, vornehmlich Scabies, beobachtet worden.

Im Vergleich beider Berichtszeiträume ist der Rückgang venerischer Erkrankungen sehr auffällig, wobei sich in letzter Zeit eine leichte Zunahme der Syphilis bei Männern zeigt.

Es war das Bestreben der Arbeit aufzuzeigen, in welcher fachlichen Breite und mit welchem labortechnischem Aufwand eine modern ausgerichtete städtische Hautklinik arbeitet.

Tabellenverzeichnis

Tabelle		Seite
1	Dermatologische und venerologische Erkrankungsfälle von 1945 bis 1973 in der Britzer Hautklinik	8
2	Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen - Männer -	12
3	Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen - Frauen -	14
4	Differenzierung des Krankengutes nach Erkrankungsgruppen - Kinder -	19
5	Anzahl der Testuntersuchungen in der Britzer Hautklinik	28
6	Anzahl der operativen Fälle in der Britzer Hautklinik	43
7	An Geschlechtskrankheiten Neuerkrankte 1950 und 1951 in Berlin	48
8	Gemeldete Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten 1972 und 1973 in Berlin	48

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung		Seite
1	Prozentuale Verteilung der dermatologischen und venerologischen Erkrankungsfälle der Britzer Hautklinik bei Männern, Frauen und Kindern in den untersuchten Berichtszeiträumen	11
2	Prozentualer Anteil der Erkrankungsgruppen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik bei Männern und Frauen	18
3	Prozentualer Anteil der Erkrankungsgruppen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik bei Kindern	20
4	Prozentualer Anteil der venösen und arteriellen Beinleiden in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Gesamtpatientenzahl in der Britzer Hautklinik	22
5	Anzahl der Viruserkrankungen in den untersuchten Berichtszeiträumen an der Britzer Hautklinik	32
6	Der phasenhafte Verlauf der Scabies seit F. HEBRA (aus: BARTHELMES, R., N.SÖNNICHSEN, H. BARTHELMES)	38
7	Anzahl der Melanomerkrankungen in der Britzer Hautklinik in den untersuchten Berichtszeiträumen	40
8	Anzahl der histologischen Untersuchungen von 1954 bis 1974 an der Britzer Hautklinik	42
9	Der Verlauf der Geschlechtskrankheiten an der Britzer Hautklinik von 1945 bis 1973	49
10	Anzahl der Syphilis- und Gonorrhoe-Fälle bei Männern, Frauen und Kindern an der Britzer Hautklinik in den untersuchten Berichtszeiträumen	50

Literaturverzeichnis

BANDMANN, H.J. und FREGERT, S.:

Epikutantestung. Einführung in die Praxis. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1973.

BARTHELMES, R., N. SÖNNICHSEN, H. BARTHELMES:

Untersuchungen zur Zunahme der Scabieserkrankungen. Derm. Mschr. 156, 881-893 (1970) II.

BECKER, E., R. SCHMALZ:

Die Scabies, eine alte, wieder aktuelle Krankheit. Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 64, 1311-1314 (1970).

BEISENHERZ, D.:

Der eingewachsene Großzehennagel. Dtsch. med. Wschr. 93, 1712-1714, 2.Halbj. (1968).

BLASCHKE-HELLMESSEN, R., C. SEEBACHER:

Statistischer Bericht über die Dermatophytenflora bei Fuß- und Nagelmykosen in der DDR von 1967-1969. Derm. Mschr. 158, 310-323 (1972).

BRAUN, G., G. KRENTEL:

Die Frequenz der Dermatomykosen der Hautklinik Magdeburg im Berichtszeitjahr 1962. Mykosen 8, 136 (1965).

BRAUN, W.:

Zum Problem des Melanoms aus der Sicht des Dermatologen. Dtsch. Ges. W. 25, 155-158 (1970).

BURCKHARDT, W.:

Die Geschlechtskrankheiten heute. Schweiz. Rdsch. Med. 60, 408-411 (1971).

CĂPUȘAN, I. u.a.:

Häufigkeit des Vorkommens interdigitoplantarer Epidermophyten in Schülergemeinschaften; Betrachtungen im Zusammenhang mit der Rolle des Berufsfaktors in der Schulumwelt. Zentrbl. f. H.u.Geschl.krh. 129, 209 (1971/72).

ČEPALÁK, V. u.a.:

Zur Epidemiologie der Venenerkrankungen. Erfahrungen aus zwei Populationsstudien, in: Ergebnisse der Angiologie, Bd.4, Kongreßbericht, hrsg. von Prof. H.Teller, Berlin, F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1970.

DAHLKE, H.:

Zur Pathogenese der Tinea pedis, insbesondere bei peripheren Durchblutungsstörungen. Mykosen 14 (7), 353-359 (1971).

DIEPGEN, P.:

Deutsche Volksmedizin, Stuttgart 1935.

DUMITRIU, R., I. POROJAN, G. BUCUR:

Untersuchungen zur Ätiologie des chronischen Ulcus cruris in Rumänien. Zentrbl. f.H.u.Geschl.krh. 129, 416 (1971/72).

ELSTE, G., L. KRELL:

Zur Bedeutung der Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen von Geschlechtskrankheiten in der DDR bei "uneinsichtigen Gefährdeten und Kranken". Derm. Mschr. 156, 932-938 (1970).

FEUERSTEIN, W.:

Gegenwartsfragen der dermatologischen Praxis. Z. Haut- u. Geschl.Kr. 46, 529-533 (1971).

GARTMANN, H.:

Zur Klinik und Therapie der Melanome. Med.Welt 574 (1962.1)

GENTLES, J.C., E.G. EVANS:

Foot infections in Swimming Baths. Brit.med.J. 3, 260-262 (1973).

GERTH, H.J., S. BASSLER, H. STEINITZ:

Die Bedeutung der Lehrschwimmhallen für das epidemische Auftreten von Plantarwarzen. Med. Welt 21 (N.F.), 298 (1970).

GREITHER, A., H. TRITSCH:

Die Geschwülste der Haut. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1949.

HARRIS, J.R.W. u.a.:

Das Verhältnis der Geschlechtskrankheiten zur Homosexualität. Zentrbl. f. H.u.Geschl.krh. 130, 447 (1972/73).

HEBRA, F.:

zitiert bei BARTHELMES, R.

HOMORICEANU, D., D. GRIGORIU:

Bemerkungen über einige verbreitete Dermatosen. Derm.-Vener. (Bucuresti) 8, 493-494 (1963)

HURIEZ, C., J.-C. ALLART:

Les ulcères arteriels. Bull. soc. franc. Derm. syph. 77, 699-707 (1970).

JORDAN, P., G. FORCK, H. KÄSTNER:

Therapie des Melanoms. Therapiewoche 16, 135-137 (1966).

JUNKER, E.:

Die Entwicklung der Tbc in Mitteleuropa. Münch. med. Wschr. 985-991 (1970).

KÖNIG, K.J.:

Die Therapie der vulgären Warzen. Z. Haut- u.Geschl.Kr. 44, 247 (1969).

KONOPIK, J., A. VOLDÁNOVÁ, K. DVORSKY:

Die Mikroben der Unterschenkelgeschwüre und Erysipel, in: Ergebnisse der Angiologie, Bd.4, Kongreßbericht, hrsg. von Prof. H. Teller, Berlin, F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1970.

KOROSSY, S. u.a.:

Bericht über die fünfjährige Tätigkeit des Budapester Kallai-Eva-Krankenhauses. Zentr.bl. f.H.u.Geschl.krh. 129, 137 (1971/72).

KRIEG, E.:

Die Bedeutung der sogenannten Beinleiden in der Praxis. F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1963.

KRIEG, E.:

Wesen und Bedeutung der Phlebologie, in: Verhandlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Venenerkrankungen (Phlebologie), 1. Tagung 1957, F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1957.

LAPAN, B.:

Is the "pill" the cause of vaginal candidiasis? Cultury study, Zentr.bl. f. H.u.Geschl.krh. 128, 538 (1971).

LEGLER, F.:

Hygienische Probleme des Badewesens und des Campings. Öff. Gesundh.-Wesen 34, 317-337 (1972).

MALE, O.:

Aktuelle mykologische Probleme in der Dermatologie. Schrifttum und Praxis 3, 140-144 (1973), hrsg. von der Ärztekammer für Wien, Fachgruppe Dermatologie, in Zusammenarbeit mit Schering.

McKENZIE-POLLOCK, J.S.:

zitiert bei PETZOLD, D.

MARTINI, E.:

Lehrbuch der med. Entomologie. G.Fischer-Verlag, Jena 1923.

MELLANBY, K.:

zitiert bei BARTHELMES, R.

MICHAILOV, P., N. BEROWA:

Gastrointestinale Störungen in der Pathogenese der Urticaria. Z. Haut- u.Geschl.Kr. 46, 609-612 (1971).

MORTON, R.S.:

Geschlechtskrankheiten - Tabuierte Infektionen. Rowohlt-Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg 1969.

NASEMANN, Th.:

Viruskrankheiten der Haut, der Schleimhäute und des Genitales. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1974.

NEUBERT, H.:

Hauterkrankungen in der gewerblichen Wirtschaft - Statistischer Überblick -. Berufsdermatosen 19, 28-38 (1971).

NOSKO, L.:

Häufigkeitsanalyse der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der fachärztlichen Praxis. Z. Haut- u.Geschl-Kr. 21, 893-905 (1973).

NOSKO, L.:

Welche Umstände beeinflussen den Verlauf des malignen Melanoms? Z. Haut- u.Geschl.-Kr. 43, 193-210 (1968).

PETZOLD, D., K. NEUMANN, H. SAUER:

Lues und Gonorrhoe an der Dermatologischen Universitätsklinik München 1959-1969. Hautarzt 22, 253 (1971).

PUMPIANSKI, R., S. GANOR:

Vulvovaginal candidosis and oral contraceptives. Schrifttum und Praxis 4, 190 (1974), hrsg. von der Ärztekammer für Wien, Fachgruppe Dermatologie, in Zusammenarbeit mit Schering.

RÖCKL, H.:

Untersuchungen zur Klinik und Pathogenese des mikrobiellen Ekzems. I. Mitteilung. Hautarzt 6, 532 ff. (1955).

SCHUPPLI, R.:

Probleme des Hautschutzes. Z. Haut- u.Gesch.-Kr. 46, 751-754 (1971).

SÖLTZ-SZÖTZ, J., J. THURNER:

Zum Problem der gonorrhoischen und postgonnorrhoischen Urethritis. Wiener med.Wschr. 117, 1030-1033 (1967).

SÖNNICHSEN, N.H., R. BARTHELMES:

Untersuchungen zur Zunahme der Scabieserkrankungen. Klinik und Epidemiologie der gegenwärtigen Scabiesepidemie. Derm. Mschr. 157, 418-431 (1971).

STAPINSKI, A.:

Epidemiological situation in ven. diseases in Poland in the first half-year of 1970. Zentr.bl. f. H. u. Geschl.krh. 130, 446 (1972/73).

STORCK, H., H. EICHENBERGER-de-BEER, P. BAUMANN:

Entwicklungstendenzen der Zürcher Dermatologie in den letzten zwanzig Jahren. Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 61, 750-753 (1972).

Statistisches Jahrbuch Berlin 1952, 1973, 1974

Hrsg.: Statistisches Landesamt Berlin, Kulturbuchverlag Berlin 30.

STEIN, G.:

Ergebnisse der Strahlenbehandlung maligner Melanome. Strahlentherapie 125, 485-489 (1964).

VÎȚĂ, A., Z. PETRESCU, V. MIHUL:

Einige klinisch-epidemiologische Gegenwartsaspekte des Erysipels; Auswertung von 612 Fällen. Zentr.bl. f. H. u. Geschl.krh. 129, 213 (1971/72).

Herrn Professor Dr. med. H. Teller danke ich für die Überlassung des Themas sowie die freundliche Unterstützung und Beratung bei der Durchführung dieser Arbeit.

L e b e n s l a u f

Am 10. Januar 1945 wurde ich als Tochter des Dr.med. Rudolf Glaaß und seiner Ehefrau Johanna, geb. Jacobi, in Friedeck/ Mähren geboren.

Nach achtjährigem Besuch der Grundschule in Potsdam wechselte ich auf die Erweiterte Oberschule in Falkensee über; dort legte ich im Sommer 1963 das Abitur ab.

Nach einer einjährigen Tätigkeit als Hilfsschwester im Kreiskrankenhaus Staaken/Kreis Nauen war die Vorbedingung für das Medizinstudium erfüllt.

Im Herbst 1964 nahm ich das Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin auf. Im Sommer 1970 erhielt ich nach bestandenem Staatsexamen die Approbation als Arzt.

Danach begann ich im Oktober 1970 die Facharztausbildung für Dermatologie und arbeitete in der Hautklinik des Bezirkskrankenhauses Frankfurt/Oder bis zum Januar 1972.

Seit Mai 1972 bin ich als Assistenzärztin an der Hautklinik des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz tätig.

Berlin, im März 1976

F. Höpfner - Dissertationsdruck - 1 Berlin 12 - Pestalozzistraße 106
Tel.: 3128885 - 3138198